



**Margarida de Melo  
Cerqueira**

**Imagens do envelhecimento e da velhice**

**Um estudo na população portuguesa**



**Margarida de Melo  
Cerqueira**

## **Imagens do envelhecimento e da velhice**

### **Um estudo na população portuguesa**

Tese apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa, Professora Auxiliar com Agregação da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro



## **o júri**

presidente

**Professor Doutor Jorge Ribeiro Frade**

professor catedrático do Departamento de Engenharia Cerâmica e do Vidro  
da Universidade de Aveiro

**Professor Doutor Nelson Fernando Pacheco da Rocha**

professor catedrático da Secção Autónoma de Ciências da Saúde  
da Universidade de Aveiro

**Professora Doutora Margarida Maria Baptista Mendes Pedroso de Lima**

professora associada da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação  
da Universidade de Coimbra

**Professora Doutora Natália Ramos**

professora associada do Departamento de Ciências Sociais e Políticas  
da Universidade Aberta de Lisboa

**Professora Doutora Albertina Lima Oliveira**

professora auxiliar da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação  
da Universidade de Coimbra

**Professora Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa**

professora auxiliar com agregação da Secção Autónoma de Ciências da Saúde  
da Universidade de Aveiro

## **agradecimentos**

À Professora Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa agradeço a partilha do seu saber e experiência no desenvolvimento desta tese.

À Helena Galante uma palavra de gratidão pela disponibilidade, pelo companheirismo e por todo o apoio concedido.

Às minhas antigas colegas do já extinto Observatório Permanente de Desenvolvimento Social da Universidade de Aveiro, o meu obrigada pela forma como me incentivaram, em especial à Zélia Teixeira pela preciosa colaboração na recolha dos dados.

À Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, na pessoa do seu Director Professor Doutor Nelson Rocha, pela flexibilidade concedida.

Aos meus amigos Vânia Carlos, Inês Domingues, Tiago Lopes, José Cardoso e Ana Costa pela amizade, incentivo e sugestões pertinentes que me foram dando ao longo da realização desta tese.

À minha família pelo carinho e apoio incondicional manifestado desde sempre.

## palavras-chave

Imagens; velhice; envelhecimento bem sucedido; intervenção

## resumo

Este estudo visa identificar as imagens do processo de envelhecimento e da velhice, as imagens relacionadas com a preparação de um envelhecimento bem sucedido e compreender a relação entre as mesmas. Pretende-se ainda identificar possíveis linhas de intervenção que permitam modificar imagens da velhice e da sua preparação, capazes de promover activamente um envelhecimento bem sucedido.

Optou-se por um estudo de desenho de carácter transversal, descritivo-correlacional, com recurso à técnica de análise quantitativa para correlações entre diferentes variáveis sócio-demográficas. A amostra compreende 800 sujeitos com idades compreendidas entre os 13 e os 87 anos, analisadas as seguintes variáveis sociodemográficas: idade, género, escolaridade, estado civil, ter ou não filhos, se trabalhou ou não com pessoas idosas e freguesia de residência (urbana ou rural).

Os instrumentos utilizados foram duas escalas, a ImAge e a ImPreVe.

Os principais resultados indicam que: a) os sujeitos que manifestam imagens positivas tendem a preocupar-se com a preparação da velhice, a viver no presente mas também a planear o seu futuro; b) os sujeitos que manifestam imagens negativas da velhice e do envelhecimento também tendem a preocupar-se com a preparação da velhice, a focalizar-se no futuro; c) os sujeitos que manifestam imagens ambivalentes (positivas e negativas, onde há ganhos e perdas em simultâneo) tendem a considerar a preparação como pouco importante; d) são os sujeitos mais velhos e com menor escolaridade quem tende a manifestar imagens negativas e a valorizar a preparação da velhice.

A promoção de um envelhecimento bem sucedido deve incidir nas dimensões individual, familiar, social e institucional, com vista à alteração de imagens irreais e baseadas em estereótipos ou preconceitos (sejam positivas ou negativas), ajustadas à realidade do normal processo de envelhecimento. Impõe-se uma mudança dessas imagens, desmistificando a sua conjugação com o envelhecimento patológico e promover activamente estratégias adequadas a cada perfil para a promoção de um envelhecimento bem sucedido.

## **keywords**

Images; old age; successful aging; intervention

## **abstract**

This study aims to identify general imagery about old age and the ageing process and about preparing that stage successfully, as well as to understand the existing connections between them both. It also aims to identify available paths of intervention, in order to change the actual ideas on old age and promote the best way to successfully anticipate it.

The designed format is characterized by a transversal and descriptive-correlative method based on the quantitative analyses, so that the connections between socio-demographic variants can be established.

The sample has focused on 800 individuals with ages between thirteen and eighty-seven years and on the following items: age, gender, education, marital status, children, previous work with the elderly and place of residence (urban or rural).

Two scales were applied, ImAge and ImPreVe.

Major evidence point to: (i) individuals who display positive images of aging and old age tend to live a full life and engage themselves in planning their future; (ii) individuals who display negative images also tend to concern about planning old age; (iii) individuals who display ambivalent images (positive and negative ones, gain and loss occurring simultaneously) tend to disregard future planning; (iv) older and less educated individuals tend to display negative images and concomitantly to value old age planning.

Preparing successful ageing and old age must centre on individual, familiar and structural dimensions all together in order to alter illusory, stereotyped or biased imagery (whether positive or negative) and subsequently adjust them to the natural ageing process. It seems important to have those representations rebuilt and untied from pathological ageing and to actively promote strategies that fit individual characteristics, so that ageing becomes a well-succeed phase of life.

O processo de envelhecimento caracteriza-se por ser contínuo, irreversível e universal, e implica a ocorrência de várias alterações no organismo que se repercutem nas dimensões biológica, psicológica, social e psicossocial do indivíduo. Alguns autores consideram que se trata de um declínio progressivo a nível celular que ocorre ao longo de toda a vida, enquanto outros entendem que o processo tem início somente na idade adulta, após uma fase de crescimento e maturação (Atchley & Barusch, 2004; Fernández-Ballesteros et al., 1999; Motta et al., 2005). Essas alterações, quer no organismo quer nas diferentes dimensões consideradas, não ocorrem de forma igual em todos os indivíduos. Divergem tanto quanto ao momento em que têm lugar como quanto à sua intensidade, e num mesmo indivíduo não advêm em simultâneo e nem ao mesmo ritmo.

O processo de envelhecimento é influenciado não apenas pela componente genética, sistema imunitário e factores endócrinos, mas também por factores extrínsecos. Certos hábitos de vida (como a prática de exercício físico, alimentação equilibrada, factores ambientais e sócio-sanitários) intervêm com maior ou menor intensidade na sua ocorrência (Baltes & Smith, 2003; Pratt & Norris, 1995; Rowe & Kahn, 1997; Schaie, 2001). Preferências, competências, relações e problemas sociais, stresse, doenças, estímulos ambientais são factores determinantes na maior ou menor vulnerabilidade do organismo e na sua capacidade de adaptação. Há, assim, várias formas de envelhecer, que tanto se associam à variabilidade e características dos indivíduos, como ao contexto sociocultural e padrões familiares e relacionais.

Neste sentido, envelhecer relaciona-se não só com as alterações biológicas e psicológicas, mas também com as condicionantes sociais existentes, reflexo dos padrões dominantes e da forma como a sociedade vivencia e lida com a passagem do tempo. Em função da idade, a estrutura social determina e é determinada por esses mesmos padrões, que se reflectem na categorização das fases da vida e na própria noção de velhice, categoria social que em termos cronológicos tem lugar aos 65 anos de idade na maioria dos países desenvolvidos



(OMS, 2006). A construção da noção de velhice é traçada tanto em termos individuais como sociais e culturais e é vista de modo diferente quando considerada no plano intergeracional ou no plano intrageracional (Hepworth, 1999). Aí se recebem e daí emergem as imagens do envelhecimento e da velhice, que acabam por definir estatutos e normas convencionadas para a fase cronológica em que os indivíduos se encontram. Essas imagens, tanto no que diz respeito às oportunidades de participação como à distribuição de recursos, traduzem-se amiúde em estereótipos, preconceitos ou discriminação que, por sua vez, se transformam em idadismo e em particular em velhismo: discriminação para com os mais velhos.

Conjuntamente com as normas sociais a si interligadas, tais imagens influenciam uma maior ou menor preocupação em preparar um envelhecimento e uma velhice bem sucedidos. O conceito de 'bem sucedido' encontra-se estreitamente associado à capacidade de adaptação do indivíduo e à sua habilidade em manter a independência e/ou promover o seu potencial de reabilitação (Lebowitz, Pearson, & Cohen, 1998). Estas questões surgem como um aspecto muito relevante a considerar, não somente pelo seu peso individual e social mas simultaneamente pelo recente e progressivo fenómeno de envelhecimento demográfico. As múltiplas transformações sociofamiliares e demográficas que actualmente decorrem revestem-se de um cariz particular, nomeadamente pelo crescente envelhecimento da população, pelo aumento da esperança média de vida e pelo aumento do número de pessoas idosas e muito-idosas.

Em Portugal, segundo o cenário central apresentado pelo Instituto Nacional de Estatística, "que conjuga um conjunto de hipóteses consideradas como mais prováveis face aos recentes desenvolvimentos demográficos" (INE, 2009: 5), estima-se que actualmente residam 1 874 933 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos (17,6% face ao total da população), prevendo-se atingir os 3 357 045 em 2060 (32,3% face ao total da população). Entre a população idosa, os indivíduos com idade igual ou superior a 80 anos têm vindo a aumentar significativamente (INE, 2009): de 1960 até 2009 este número quase que quadruplicou, estimando-se actualmente em 460 257 indivíduos (4,3% face ao total da população) e prevê-se que até 2060 sejam 1 374 620 indivíduos (13,3% face ao total da população). Quanto ao aumento da esperança média de vida à nascença, esta situa-se nos 75,6 anos para os homens e 82,1 anos para as mulheres (INE, 2009). Relativamente às famílias portuguesas, em 2001 existia pelo menos uma pessoa idosa em 32,6% agregados familiares, 17,5% dos agregados familiares eram constituídos por pessoas

idosas, e destes, 50,5% constituídos somente por uma pessoa idosa (INE, 2001). Paralelamente, também se verifica o aumento de pessoas idosas com alguma dependência ou totalmente dependentes, o aumento de casais sem filhos e de mulheres casadas com emprego, a diminuição do tamanho das famílias e a mudança na natureza das obrigações filiais e das redes sociais. Em 2001, uma em cada cinco pessoas com mais de 75 anos vivia sozinha.

Com uma amostra representativa da população portuguesa, constituída por 800 sujeitos com idades compreendidas entre os 13 e os 87 anos, o presente estudo procura conhecer (i) a natureza das imagens do envelhecimento e da velhice; (ii) qual o grau de importância atribuído à preparação de um envelhecimento bem sucedido e a existência ou não de estratégias nesse sentido; e (iii) identificar a relação entre essas diferentes imagens. Constituíram-se grupos de imagens (clusters), comparando-se os resultados entre grupos etários em termos de género, escolaridade, situação profissional, estado civil, existência ou não de filhos, ter ou não trabalhado com pessoas idosas e freguesia de residência (rural ou urbana). Este estudo procura, também, identificar os efeitos das imagens existentes em pessoas idosas e nas não-idosas na construção de um envelhecimento bem sucedido. Isto é, antecipar linhas de intervenção que permitam modificar imagens do envelhecimento e velhice e da sua preparação, capazes de promover um envelhecimento bem sucedido.

O estudo encontra-se dividido em duas partes: numa primeira, o enquadramento teórico, e numa segunda, o estudo empírico.

Na primeira parte apresenta-se uma revisão das linhas de orientação teóricas, em três capítulos: 1. Envelhecimento e velhice; 2. Imagens do envelhecimento e da velhice; 3. Envelhecimento bem sucedido.

O primeiro capítulo incide no(s) processo(s) de envelhecimento e aborda as diversas teorias que o(s) descrevem (biológicas, psicológicas e sociais). Refere-se a variabilidade intra-individual e interindividual, assim como a distinção entre o envelhecimento normal e patológico, entre doença, funcionalidade e incapacidade. Salienta-se o factor idade como construção social, assim como a identidade pessoal e social na velhice. Aborda-se ainda o conceito de velhismo, sua origem, dimensões e características, formação, perpetuação e efeitos nas pessoas idosas, nas não-idosas e nas relações sociais.

No segundo capítulo procura-se contextualizar as imagens do envelhecimento e da velhice nas suas distintas naturezas: imagens mentais, sociais e culturais; imagens negativas, positivas e neutras (e ainda, ambivalentes). Referem-se as variações das imagens em ligação com outros factores e o seu impacto em diferentes dimensões do quotidiano dos indivíduos.

O terceiro capítulo aborda o conceito de envelhecimento bem sucedido e a sua definição segundo os modelos biológicos, cognitivos, psicossociais, bem como segundo os modelos multidimensionais. Expõem-se algumas estratégias quer ao nível individual quer público e social e apontam-se possíveis áreas de intervenção de programas de promoção de um envelhecimento bem sucedido.

Na segunda parte apresenta-se o estudo empírico, também desenvolvido em três capítulos: 4. Objectivos e metodologia de investigação; 5. Apresentação e leitura dos resultados; 6. Discussão dos resultados.

O quarto capítulo reporta-se ao enquadramento do estudo empírico, objectivos gerais e específicos, procedimentos metodológicos, desenvolvimento dos instrumentos utilizados e sua validação, caracterização geral da amostra e tratamento estatístico dos dados.

No quinto capítulo passa-se à apresentação e leitura das imagens (i) do envelhecimento e da velhice, (ii) da preparação de um envelhecimento bem sucedido, assim como (iii) das imagens da velhice e sua preparação.

Por último, no capítulo sexto, procede-se à discussão dos resultados e implicações, nomeadamente das imagens do envelhecimento e da velhice e importância da sua preparação, assim como da modificação dessas mesmas imagens no sentido de um envelhecimento bem sucedido, sugerindo-se algumas estratégias de intervenção. Ainda neste capítulo apresentam-se as limitações do estudo que poderão ter influenciado a interpretação dos resultados.

Este estudo termina com a apresentação das conclusões que se consideraram relevantes, assim como dos contributos e futuras linhas de investigação.

## Índice Geral

Parte I – Enquadramento teórico.....	15
Capítulo 1 – Envelhecimento e velhice .....	17
1. O(s) processo(s) de envelhecimento .....	18
1.1. Variabilidade intra-individual e interindividual .....	20
1.2. O envelhecimento biológico, psicológico e social.....	21
1.3. Envelhecimento normal e envelhecimento patológico .....	29
1.3.1. Doença, funcionalidade e incapacidade no envelhecimento .....	30
1.4. Teorias biológicas, psicológicas e sociais do envelhecimento .....	31
1.4.1. Teorias biológicas do envelhecimento .....	32
1.4.2. Teorias psicológicas do envelhecimento .....	35
1.4.3. Teorias sociais do envelhecimento.....	42
2. Velhice .....	46
2.1. Velhice e noção de (as) idade(s) .....	48
2.1.1. A idade como construção social .....	51
2.1.2. Identidade pessoal e social na velhice.....	55
2.2. Períodos ou estádios de vida.....	57
2.3. A pessoa idosa na história.....	62
2.3.1. Precusores .....	63
2.3.2. Antecedentes científicos .....	65
2.3.3. Consolidação do estudo do envelhecimento e da velhice.....	66
3. Idadismo e velhismo .....	68
3.1. Origem do velhismo .....	71
3.2. Dimensões e características do velhismo .....	79
3.2.1. Endogrupo <i>versus</i> exogrupo .....	80
3.2.2. Estratificação pela idade.....	83
3.3. Formação e perpetuação do velhismo .....	84
3.4. Efeitos do velhismo.....	86
3.4.1. Efeito do velhismo nas pessoas idosas .....	87
3.4.2. Efeito do velhismo na pessoas não-idosas.....	90
3.4.3. Efeito do velhismo nas relações sociais.....	91
Capítulo 2 – Imagens do envelhecimento e da velhice .....	93
1. Imagens: conceito.....	94
1.1. Imagens: mentais, sociais e culturais.....	97
1.1.1. Imagens mentais e estereótipo.....	99
1.1.2. Imagens sociais: preconceito, atitude, discriminação e representação social.....	104
1.1.3. Imagens culturais: mito, crença e tabu.....	116
2. Imagens e realidades da velhice .....	121
2.1. Imagens mais comuns .....	123
2.1.1. Imagens negativas mais comuns .....	124

2.1.2. Imagens positivas mais comuns.....	131
2.1.3. Imagens neutras mais comuns.....	134
2.1.4. As imagens ambivalentes .....	139
2.2. Variações das imagens com outros factores.....	139
2.2.1. Imagens em diferentes grupos etários.....	140
2.2.2. Imagens e género .....	143
2.2.3. Imagens e raça e etnia .....	147
2.2.4. Imagens e classe social e escolaridade .....	147
3. Impacto das imagens .....	149
3.1. Relação intergeracional.....	150
3.2. Mercado de trabalho .....	151
3.3. Sistema de saúde.....	154
3.4. Sistema de educação .....	156
3.5. Sistema de acção social.....	156
3.6. Sistema de segurança social.....	157
Capítulo 3 - Envelhecimento bem sucedido .....	159
1. Conceito de envelhecimento bem sucedido .....	160
1.1. Envelhecimento bem sucedido: modelos biológicos e cognitivos e psicossociais..	162
1.2. O envelhecimento bem sucedido segundo os modelos multidimensionais.....	165
1.3. O aspecto sociocultural na definição de envelhecimento bem sucedido.....	169
1.3.1. Envelhecimento activo.....	174
2. Estratégias de envelhecimento bem sucedido .....	180
2.1 Estratégias para um envelhecimento bem sucedido no âmbito individual, público e social.....	186
2.1.1 Estratégias no âmbito individual.....	187
2.1.2. Estratégias de âmbito público e social .....	194
2.1.3. Influência do velhismo na promoção do envelhecimento bem sucedido .....	197
2.1.4. Âmbito dos programas de promoção do envelhecimento bem sucedido.....	201
Parte II – Estudo empírico.....	207
Capítulo 4 – Objectivos e metodologia de investigação .....	209
1. Enquadramento do estudo e objectivos .....	209
1.1. Objectivos gerais e específicos.....	209
2. Metodologia .....	211
2.1. Construção do instrumento .....	212
2.1.1. Etapa 1: recolha de itens .....	212
2.1.2. Etapa 2: construção dos itens para as duas escalas.....	213
2.2. Estudos de validação das escalas .....	215
2.2.1. Estudo psicométrico da escala ImAge .....	215
2.2.2. Estudo psicométrico da escala ImPreVe .....	219
3. Amostra.....	223
3.1. Selecção da amostra .....	223

3.1.1. Constituição da amostra.....	225
3.2. Procedimento da recolha dos dados.....	226
3.3. Caracterização geral da amostra .....	227
3.3.1. Características sociodemográficas .....	228
3.4. Análise dos dados.....	235
Capítulo 5 - Apresentação e leitura dos resultados .....	237
1. Imagens do envelhecimento e da velhice.....	237
1.1. Grupos de imagens do envelhecimento e da velhice .....	254
2. Imagens da preparação de um envelhecimento bem sucedido .....	264
2.1. Grupos de imagens da preparação de um envelhecimento bem sucedido .....	282
3. Imagens do envelhecimento e da velhice e importância da sua preparação (Escala ImAge e ImPreve).....	291
3.1. Grupos de imagens da velhice e da preparação do envelhecimento.....	292
Capítulo 6 - Discussão dos resultados e implicações.....	309
1. Imagens do envelhecimento e da velhice e importância da sua preparação.....	309
1.1. Estrutura e conteúdos das imagens .....	309
1.2. Caracterização das imagens.....	313
1.3. As imagens do envelhecimento e da velhice e a importância da sua prepara-ção .....	323
2. Promover um envelhecimento bem sucedido .....	327
2.1. Estrutura das estratégias de intervenção.....	327
2.2. Estratégias de intervenção .....	328
2.2.1. Mercado de trabalho .....	329
2.2.2. Sistema de saúde.....	331
2.2.3. Sistema de educação .....	333
2.2.4. Sistema de acção social.....	336
2.2.5. Comunicação social.....	339
3. Limitações.....	341
Conclusões .....	343
Bibliografia .....	349
Anexos .....	381
Anexo 1 .....	383
Anexo 2 .....	387
Anexo 3 .....	391
Anexo 4 .....	395
Anexo 5 .....	399



## Índice de Quadros

Quadro 1 - Envelhecimento biológico, psicológico e social.....	22
Quadro 2 – Teorias biológicas do envelhecimento.....	32
Quadro 3 – Teorias psicológicas do envelhecimento.....	35
Quadro 4 – Teorias sociais do envelhecimento.....	43
Quadro 5 – Idade subjectiva ou cognitiva e Idade percebida pelos outros.....	52
Quadro 6 – Possíveis categorias da idade da velhice.....	59
Quadro 7 – Dimensões do idadismo.....	70
Quadro 8 – Três dimensões do velhismo.....	79
Quadro 9 – Quatro respostas mais comuns das pessoas idosas ao velhismo.....	88
Quadro 10 - Imagens mentais, sociais e culturais e outros conceitos relacionados.....	98
Quadro 11 – Imagem social e preconceito, atitude, discriminação e representação social.....	105
Quadro 12 - Três modelos multidimensionais e suas características.....	166
Quadro 13 – Características do envelhecimento bem sucedido.....	169
Quadro 14 – Principais influências negativas no bem-estar e saúde psicológica das pessoas idosas.....	171
Quadro 15 – Recursos internos e externos dos indivíduos na promoção de um envelhecimento bem sucedido.....	182
Quadro 16 - Modelo ecológico de Bem-Estar e Proposta de intervenção.....	185
Quadro 17 – Adaptações preventivas e/ou correctivas de promoção do envelhecimento bem sucedido.....	188
Quadro 18 - Idades da amostra de 120 sujeitos.....	213
Quadro 19 - Organização da amostra de 160 sujeitos.....	214
Quadro 20 - Factores, valores próprios e variância da escala ImAge.....	215
Quadro 21 - Componentes da matriz da escala ImAge.....	217
Quadro 22 – Correlações entre os itens da escala ImAge.....	218
Quadro 23 - Consistência Interna da Escala ImAge ( $\alpha$ de Cronbach).....	219
Quadro 24 - Factores, valores próprios e variância da escala ImPreVe.....	219
Quadro 25 - Componentes da matriz da escala ImPreVe.....	221
Quadro 26 – Correlações entre os itens da escala ImPreVe.....	222
Quadro 27 - Consistência Interna da Escala ImPreVe ( $\alpha$ de Cronbach).....	223
Quadro 28 - População residente em Portugal Continental, segundo género e idade.....	223
Quadro 29 – População residente em Portugal Continental, segundo idade e nível de instrução.....	224
Quadro 30 - Organização da amostra.....	225
Quadro 31 - Caracterização geral da amostra.....	227
Quadro 32 – Género dos inquiridos por faixa etária.....	229
Quadro 33 – Nível de escolaridade dos inquiridos por género.....	230
Quadro 34 – Situação profissional dos inquiridos por faixa etária.....	231



Quadro 35 – Estado civil dos inquiridos por faixa etária .....	232
Quadro 36 – Inquiridos com e sem filhos, por faixa etária .....	233
Quadro 37 – Inquiridos por freguesia de residência.....	234
Quadro 38 – Inquiridos que trabalha(r)am ou não com pessoas idosas .....	234
Quadro 39 - Imagens do envelhecimento e da velhice (escala ImAge): amostra e sub-amostras.....	240
Quadro 40 – Correlações ImAge versus idade .....	242
Quadro 41 – Imagens do envelhecimento e da velhice (escala ImAge): género.....	243
Quadro 42 - Imagens do envelhecimento e da velhice (escala ImAge): escolaridade .....	245
Quadro 43 – Correlações ImAge versus escolaridade .....	246
Quadro 44 - Imagens do envelhecimento e da velhice (escala ImAge): situação profissional .....	248
Quadro 45 - Imagens do envelhecimento e da velhice (escala ImAge): estado civil .....	250
Quadro 46 - Imagens do envelhecimento e da velhice (escala ImAge): inquiridos com e sem filhos .....	252
Quadro 47 - Imagens do envelhecimento e da velhice (escala ImAge): trabalhar ou não com pessoas idosas .....	253
Quadro 48 - Imagens do envelhecimento e da velhice (escala ImAge): freguesia de residência .....	254
Quadro 49 – Clusters de imagens do envelhecimento e da velhice .....	255
Quadro 50 – Clusters versus grupo etário .....	256
Quadro 51 – Clusters versus género.....	257
Quadro 52 – Clusters versus escolaridade.....	258
Quadro 53 – Clusters versus situação profissão .....	259
Quadro 54 – Clusters versus estado civil .....	260
Quadro 55 – Clusters versus inquiridos com e sem filhos.....	261
Quadro 56 – Clusters versus inquiridos que trabalharam ou não com pessoas idosas .....	262
Quadro 57 – Clusters versus freguesia de residência .....	262
Quadro 58 - Imagens da preparação para a velhice (escala ImPreVe): amostra e sub-amostras por grupo etário.....	268
Quadro 59 – Correlações ImPreve versus idade.....	271
Quadro 60 - Imagens da preparação de um envelhecimento bem sucedido (escala ImPreVe): género .....	271
Quadro 61 - Imagens da preparação de um envelhecimento bem sucedido (escala ImPreVe): escolaridade .....	273
Quadro 62 – Correlações ImPreve versus escolaridade.....	274
Quadro 63 - Imagens da preparação de um envelhecimento bem sucedido (escala ImPreVe): situação profissional.....	276
Quadro 64 - Imagens da preparação de um envelhecimento bem sucedido (escala ImPreVe): estado civil.....	278

Quadro 65 - Imagens da preparação de um envelhecimento bem sucedido (escala ImPreVe): inquiridos com e sem filhos .....	279
Quadro 66 - Imagens da preparação de um envelhecimento bem sucedido (escala ImPreVe): inquiridos que trabalha(r)a(m) ou não com pessoas idosas .....	281
Quadro 67 - Imagens da preparação de um envelhecimento bem sucedido (escala ImPreVe): freguesia de residência .....	282
Quadro 68 – Clusters de imagens da preparação de um envelhecimento bem sucedido ...	283
Quadro 69 - Clusters versus grupos etários .....	284
Quadro 70 - Clusters versus género .....	285
Quadro 71 - Clusters versus escolaridade.....	286
Quadro 72 - Clusters versus situação profissão .....	287
Quadro 73 - Clusters versus estado civil .....	288
Quadro 74 - Clusters versus inquiridos com e sem filhos .....	289
Quadro 75 - Clusters versus inquiridos que trabalharam ou não com pessoas idosas .....	289
Quadro 76 -Clusters versus freguesia de residência .....	290
Quadro 77- Correlação entre os factores das escalas ImAge e ImPreVe .....	291
Quadro 78 – Clusters de imagens da velhice e da preparação do envelhecimento .....	293
Quadro 79- Correlação entre o global das duas escalas (ImAge e ImPreVe) .....	295
Quadro 80 - Clusters versus grupos etários .....	296
Quadro 81 - Clusters versus género .....	298
Quadro 82 - Clusters versus escolaridade.....	299
Quadro 83 - Clusters versus situação profissão .....	301
Quadro 84 - Clusters versus estado civil .....	302
Quadro 85 - Clusters versus inquiridos com e sem filhos .....	304
Quadro 86 - Clusters versus inquiridos que trabalha(r)a(m) ou não com pessoas idosas .....	305
Quadro 87 - Clusters versus freguesia de residência .....	306



**Índice de Tabelas**

Tabela 1 - Relação entre idade subjectiva (ou cognitiva), idade percebida pelos outros e idade como construção social .....	51
Tabela 2 – Fases do desenvolvimento das estratégias para um envelhecimento bem sucedido .....	183
Tabela 3 – Imagens do envelhecimento e da velhice: factores e clusters da escala ImAge (IMA) .....	310
Tabela 4 – Imagens da preparação para um envelhecimento bem sucedido: factores e cluster da escala ImPreVe (IPV) .....	311
Tabela 5 – Imagens do envelhecimento e da velhice e sua preparação (EVP) .....	312



## **Parte I – Enquadramento teórico**



## Capítulo 1 – Envelhecimento e velhice

---

### Introdução

Os conceitos de envelhecimento e velhice surgem em geral associados, uma vez que ambos se relacionam com a condição temporal e com os seus efeitos no indivíduo. De forma genérica, o processo de envelhecimento implica a ocorrência de mudanças nas dimensões biológica, psicológica, social e psicossocial do indivíduo e tem o seu término na última fase da vida, a denominada velhice.

No que respeita ao envelhecimento, há divergências quanto à demarcação do seu início entre os vários autores. Alguns defendem que é um processo biológico que começa no momento do nascimento e decorre ao longo da vida, enquanto que outros entendem que apenas tem lugar na idade adulta, após uma fase de crescimento e de maturação do indivíduo (Atchley & Barusch, 2004; Fernández-Ballesteros et al., 1999). Já o conceito de velhice é entendido como uma categoria social que, em termos cronológicos, se atinge no início ou a meio da sexta década de vida (60 anos na maioria dos países em vias de desenvolvimento e 65 anos na maioria dos países desenvolvidos) (OMS, 2006). A velhice relaciona-se com representações sociais específicas e com significados psicológicos próprios, que dão origem a uma convenção social informal quanto ao que o indivíduo deve ou não fazer (Aiken, 1995; Degnen, 2007; Bengtson, Kasschau, & Ragan, 1977; García, 1999; Veloso, 2004). Baseada nas características físicas e psicológicas das pessoas idosas, em contraposição às das jovens, essa convenção social informal traduz-se em normas implícitas e/ou explícitas. Tome-se o caso do vestuário ou das relações amorosas.

Se por um lado a velhice é considerada uma fase de isolamento e declínio, que acarreta um afastamento e segregação dos indivíduos, por outro é perspectivada como a fase da vida mais calma e plena. Decorrentes desta antinomia de imagens da velhice surgem também as várias imagens multidimensionais relativas ao envelhecimento, tanto de natureza negativa como positiva, neutra ou ambivalente (negativa e positiva em simultâneo). Dado que o envelhecimento não tem lugar a uma só velocidade e nem no mesmo momento num dado indivíduo, também não



acontece de igual forma para todos os indivíduos. Não há, portanto, somente uma maneira de envelhecer, mas várias, consoante a variabilidade dos indivíduos, pelo que as imagens do envelhecimento e da velhice tenderão a reflectir estes mesmos aspectos (Atchley & Barusch, 2004; Baltes & Smith, 2003; Birren & Cunningham, 1985; Schaie, 2001).

### **1. O(s) processo(s) de envelhecimento**

É consensual que o processo de envelhecimento se reveste de uma condição universal e que se processa de forma dinâmica, intrínseca e progressiva nos seres vivos. Determinado por diversos factores, como hereditários, ambientais, higiénico-sanitários e alimentares, esse processo implica várias transformações no indivíduo, sejam elas morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas ou sociais (Atchley & Barusch, 2004; Netto & Borgonovi, 1996; Novoa et al., 2001). O carácter destas modificações diverge de indivíduo para indivíduo, seja em intensidade seja no momento de ocorrência. Para além desta variabilidade de factores, existem três grandes concepções divergentes quanto ao processo de envelhecimento (onde se inscrevem as teorias biológicas, psicológicas e sociais): (i) a perspectiva evolucionista; (ii) a perspectiva exógena; e (iii) a perspectiva mista (junção das duas anteriores).

A perspectiva *evolucionista* entende que os mecanismos de manutenção metabólica conduzem de forma inevitável a uma deterioração integral da estrutura e função dos vários órgãos e tecidos do indivíduo (Botelho, 2000; Novoa et al., 2001). Este processo não apresenta necessariamente o mesmo padrão no que respeita às dimensões biológica, psicológica e social (de que se tratará mais adiante). A dimensão biológica implica a sequência de crescimento, estabilidade e declínio, enquanto que as últimas duas dimensões não percorrem linearmente essa direcção. A velocidade do processo envelhecimento é determinada geneticamente, cuja programação regula as várias mudanças que vão ocorrendo no organismo do indivíduo e que causam a sua deterioração. De par com um aumento da vulnerabilidade física, que favorece o aparecimento de doenças, e com uma diminuição na capacidade de resposta ao meio ambiente, essas

mudanças repercutem-se em termos globais no indivíduo (Botelho, 2000). Ou seja, têm consequências nas suas várias dimensões: quer na componente cognitiva (inteligência, memória, resolução de problemas, sabedoria e julgamento moral), quer na personalidade (reação ao dia-a-dia, expressão de pensamentos e emoções), quer no desenvolvimento e integração social (interacção com os outros, forma como se lida com ocorrências do quotidiano, como se vive, trabalha e ocupa o tempo de lazer) (Papalia et al., 2002).

Cada um destes aspectos está, na verdade, interrelacionado com os outros, como é o caso da ligação entre as capacidades intelectuais e a auto-estima ou a relação entre a saúde e a interacção social. Dá-se como primeiro exemplo um indivíduo que perde gradualmente a capacidade de comunicar de forma clara. A dada altura, pode sentir que não é entendido ou que é segregado e, por isso, começar a isolar-se por pensar que a sua presença já não é agradável para os outros. Como segundo exemplo apresenta-se o caso de um indivíduo que sente dificuldades de locomoção e que por esse motivo não tem a possibilidade de frequentar espaços de convívio com a regularidade que gostaria. Se pudesse deslocar-se com facilidade e sem se encontrar dependente de alguém, interagia com outros com mais frequência. De ressaltar, ainda, que o resultado da conexão entre as funções físicas e as restantes funções varia bastante de indivíduo para indivíduo.

A perspectiva evolucionista, que argumenta que as mudanças físicas são geneticamente programadas, começa a ser substituída pela perspectiva exógena, que considera que afinal o indivíduo possui um maior controlo no seu envelhecimento do que anteriormente se supunha (Novoa et al., 2001; Papalia et al., 2002). A perspectiva exógena também preconiza a interferência dos genes no metabolismo celular, mas explica o envelhecimento através da influência que o meio ambiente e o estilo de vida exercem sobre o organismo, destacando-a. A conduta do indivíduo reveste-se, assim, de grande importância, uma vez que os seus comportamentos influenciam, igualmente, a longevidade (Botelho, 2000). O estilo de vida adoptado, a existência ou não de hábitos tabágicos e etílicos ou a exposição solar prolongada influem na saúde e no bem-estar do indivíduo. Ao mesmo tempo e de igual modo, factores sociais e económicos adversos acabam por se repercutir tanto na esperança média de vida como no surgimento de doenças. Nesta perspectiva, as lesões que ocorram ao longo do tempo poderão não ser reparadas, pelo que se acumulam e causam a deterioração do organismo.

A terceira perspectiva, a *mista*, concebe o processo de envelhecimento como a conjugação de factores de natureza genética com factores extrínsecos, conjugando e integrando as premissas da perspectiva evolucionista e exógena no seu conjunto. (Novoa et al., 2001). Neste sentido, a expressão dos genes relacionados com o envelhecimento pode ser modificada por uma lesão exógena pontual ou repetida ao longo do tempo. As mudanças não se devem somente a um declínio físico, mas também a doenças, estilo de vida e condicionantes ambientais do indivíduo. Ou seja, uma modificação celular pode dever-se a uma modificação genética causada por agentes externos ao organismo, e quanto mais exigente for o contexto do indivíduo, mais se notam essas alterações. Todavia, como cada organismo apresenta as suas especificidades, a acção dos agentes exógenos na predisposição genética do indivíduo é diferenciada. Todos os indivíduos envelhecem mas, dada sua heterogeneidade, esse processo assumirá um ritmo diferente em cada um.

Tem-se, assim, três diferentes perspectivas sobre a concepção global do processo de envelhecimento, mas que implicam, de forma intrínseca, duas condições, denominadas variabilidade intra-individual e variabilidade interindividual. Atente-se na sua definição e implicações.

### **1.1. Variabilidade intra-individual e interindividual**

Uma vez que envelhecer não é um processo linear, mas vários processos que ocorrem a diversos ritmos e com naturezas distintas, existem duas noções decorrentes dessa assumpção: a variabilidade intra-individual e a variabilidade interindividual, as quais englobam tanto uma natureza positiva como negativa quanto à sua orientação (Atchley & Barusch, 2004; Montorio & Izal, 1999).

A noção de *variabilidade intra-individual* implica que as mudanças nas dimensões biológica, psicológica ou social do indivíduo não são necessariamente simultâneas e conjuntas. Quando um indivíduo regista uma perda de autonomia física pode apresentar uma capacidade cognitiva normal, ou vice-versa. Dentro desta noção, considera-se ainda que as mudanças que ocorrem numa mesma dimensão (seja biológica, psicológica ou social) não ocorrem necessariamente também com a mesma cadência. Por exemplo, as capacidades relacionadas com o sistema nervoso central, como a visual e a auditiva, podem sofrer mudanças desfasadas no tempo. Quando a capacidade visual entra em declínio, a auditiva pode manter-se razoável. Apesar de ambas estarem relacionadas com a mesma divisão

anatômica, não apresentam a mesma evolução nas condições de funcionamento nem o mesmo ritmo de envelhecimento.

Já o conceito de *variabilidade interindividual* reporta-se à heterogeneidade dos indivíduos no processo de envelhecimento. À medida que envelhecem, os indivíduos tornam-se mais distintos entre si devido às suas experiências e ao modo como vivem e percebem a realidade. Apesar de ambas pessoas idosas, um indivíduo com 70 anos é diferente de um com 85 anos, pertencendo a diferentes categorias da fase da velhice. A variabilidade interindividual também tem lugar quando dois indivíduos com a mesma idade envelhecem de forma discrepante, em processos distintos.

Tanto na variabilidade intra-individual como na interindividual do processo de envelhecimento verificam-se diferentes ritmos, mas também orientações opostas, que podem ser positivas ou negativas. A orientação positiva tem lugar quando os indivíduos realçam os aspectos positivos de envelhecer, como a experiência e sabedoria; a negativa quando destacam as perdas de capacidades físicas, mentais e de estatuto social. Há teorias que enfatizam a orientação positiva e outras, a orientação negativa, mas ambas têm repercussões no processo de envelhecimento.

Para além do facto de o processo não se processar com a mesma orientação ou ritmo no mesmo indivíduo ou de igual forma em todos os indivíduos, existem ainda três componentes de envelhecimento distintas, a biológica, a psicológica e a social (Schroots & Birren, 1980). Estando cada uma envolvida num determinado aspecto desse processo, o seu decurso também se reflectirá na variabilidade interindividual ou de variabilidade intra-individual.

## **1.2. O envelhecimento biológico, psicológico e social**

Pode assim falar-se de envelhecimento biológico, psicológico e social, cada um com as suas especificidades (Quadro 1).

**Quadro 1 - Envelhecimento biológico, psicológico e social**

	Características
<b>Envelhecimento biológico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perda progressiva de funcionalidade e de adaptação ou de resistência face ao stress</li> <li>• Vulnerabilidade do organismo e gradual probabilidade de morte</li> <li>• Adaptação na manutenção da homeostase (em função da idade)</li> </ul>
<b>Envelhecimento psicológico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alterações associadas ao aspecto intelectual e à história de vida do indivíduo</li> <li>• Adaptação da capacidade de auto-regulação psicológica do indivíduo (em relação à componente biológica)</li> </ul>
<b>Envelhecimento social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptação do padrão de interação entre o ciclo de vida do indivíduo e a estrutura social em que está inserido</li> <li>• Desempenho do indivíduo, em termos comportamentais, esperado pela sociedade (em função da idade que tem)</li> <li>• Atribuição de novas normas, posições, oportunidades ou restrições ao indivíduo (em função da idade que tem)</li> </ul>

(Adaptado de Atchley & Barusch, 2004; Cox, 2006; Filho, 1996; García, 1999; McPherson, 1990; Novoa et al., 2001; Schroots & Birren, 1980)

A componente *biológica* integrante do processo de envelhecimento relaciona-se com a vulnerabilidade do organismo e com a gradual probabilidade de morte. O envelhecimento biológico é, deste modo, entendido como a incapacidade progressiva do organismo – perda de funcionalidade e de adaptação ou resistência face ao stress – em função da idade e da manutenção do processo homeostático (Novoa et al., 2001). Reflexos desse conjunto de alterações somáticas são os marcadores típicos do fenótipo do envelhecimento, como a redução da massa corpórea magra, a perda de peso, a pele enrugada e o cabelo grisalho. Essas alterações somáticas ocorrem a diversos níveis, nomeadamente (Filho, 1996; García, 1999):

- Celular ou histiológico - alterações no processo de reprodução celular, nucleares e citoplasmáticas, da membrana e dos componentes celulares;
- Tecidual ou dermatológico – aumento da secar da pele, tornando-se quebradiça e fina (sistema colagénico e sistema elástico);
- Orgânico ou do sistema músculo-esquelético - diminuição da altura, da massa muscular, da força e da densidade óssea;

- Morfológico – alteração do peso;
- Funcional:
  - Cardiovascular - aumento da pressão arterial sistémica, da rigidez da parede arterial e do diâmetro das grandes artérias (embora estas mudanças não sejam só explicadas pelo avançar na idade);
  - Sistema respiratório - decrescimento do metabolismo basal;
  - Sistema gastrointestinal - diminuição da actividade enzimática;
  - Sistema urinário – diminuição da massa e do fluxo sanguíneo renais;
- De auto-regulação – perda de reservas fisiológicas;
- Neurológico – perda de neurónios e de neurotransmissores;
- Da função imunitária – aumento da possibilidade de replicação de erros na resposta imunitária;
- Da visão - atrofia dos tecidos e diminuição da drenagem lacrimal;
- Da audição – perda de audição neuro-sensorial;
- Do gosto e do olfacto – detecção mais apurada dos sabores primários, como os amargos, e diminuição na detecção de odores, como os corporais.

A segunda componente do processo de envelhecimento, a *psicológica*, diz respeito às alterações que advêm do envelhecimento psicológico e que se associam à história de vida, assim como à capacidade de auto-regulação da componente biológica do organismo por parte do indivíduo (García, 1999). Neste âmbito, é importante referir o denominado desempenho psicomotor, que se constitui numa complexa cadeia de actividades e que tem início em mecanismos sensoriais e término numa reacção, geralmente muscular (Atchley & Barusch, 2004).

O músculo, que faz parte da cadeia estímulo-resposta, designa-se por efector. Entre os órgãos sensoriais e os efectores existe a cadeia de mecanismos cerebrais denominada processo central. O desempenho psicomotor é, assim, um processo intrincado: implica entradas sensoriais, atribuição de significados, a sua integração na informação já existente, tomada de decisão tendo em conta os novos dados, envio de sinais neuronais ao efector apropriado e uma activação da resposta. A capacidade do desempenho psicomotor, que sofre então interferência do sistema

sensorio-motor, depende também do sistema nervoso central e da força dos sinais neuronais. No processo central (cadeia de mecanismos cerebrais), a percepção é crucial. Por exemplo, consoante a força dos sinais neuronais (fraca ou forte), o indivíduo demorará mais ou menos tempo a integrar a nova informação (o que compromete a passagem à acção e ao seu controlo). Esses sinais tendem a enfraquecer ou a lentificar com a idade, uma vez que se verifica uma perda de células e mudanças nas células e fibras nervosas do organismo (Cox, 2006). Em geral, o que conduz a um fraco desempenho psicomotor não é a falta de força ou resistência dos efectores (músculos), mas uma má coordenação. Esta depende do processo central (cadeia de mecanismos cerebrais), no qual surgem as principais limitações do desempenho psicomotor com o passar do tempo. Quanto mais uma função estiver relacionada com o processo central, mais probabilidade tem em declinar com a idade (Atchley & Barusch, 2004). Neste sentido, a debilidade dos efectores não é a causa de um fraco desempenho, mas sim o resultado.

No que respeita à natureza e intensidade destas alterações que se verificam com o passar dos anos, estas estão também associadas ao tipo de vida mental do indivíduo. Quanto mais trabalho intelectual tiver realizado nas épocas anteriores, mais as mudanças convertidas em perdas tendem a ser menores e as mudanças convertidas em competências tendem a melhorar. Dito de outra forma, quanto mais uma função do organismo estiver relacionada com a experiência intelectual, mais probabilidade tem de se desenvolver (García, 1999). Essas alterações que surgem com a idade verificam-se em várias dimensões cognitivas do indivíduo, nomeadamente na inteligência, criatividade, aprendizagem, memória, processamento da informação, mestria profissional e sabedoria (Atchley & Barusch, 2004; Belkis, 2001; Cox, 2006; García, 1999).

- Inteligência – considera-se a existência de dois tipos de inteligência distintos, denominados inteligência fluida e inteligência cristalizada (ou outra denominação ainda, inteligência prática e inteligência meditativa) (Horn, 1970; citado em Belkis, 2001). A inteligência fluida relaciona-se com o desenvolvimento neurológico e com o processo de mielinização do organismo. Tem o seu pico por volta dos 20 anos de idade e mantém-se estável até cerca dos 80 anos. Diz respeito ao processo de cálculo relacionado com a resolução de problemas específicos, à criação de novos conceitos e ao estabelecimento de novas relações. A inteligência cristalizada respeita aos conteúdos e conhecimentos que se vão adquirindo ao longo da vida, aumentando durante esse percurso. Permite ao indivíduo

perspectivar um problema num contexto mais abrangente, relacionando o pensamento com a emoção. Independentemente de haver uma paragem no desenvolvimento de certas capacidades neurobiológicas por volta dos 20 anos, quando se treinam competências mentais específicas o desempenho dos indivíduos tende a aumentar. É consensual que quando expostas a este exercício, todas as faixas etárias são favorecidas, incluindo a da pessoa idosa.

Em geral, a inteligência tende a declinar com a idade, mas se for exercitada ao longo da vida, o seu declínio é gradual. Verifica-se a tendência para uma grande quebra apenas nas últimas semanas de vida dos indivíduos, por norma relacionada com a presença de doença.

- Criatividade – considera-se, em geral, que com o passar dos anos a capacidade de resolver problemas de forma inovadora, original e imaginativa tende a aumentar, mas que chegará a um ponto em que declinará. A ocorrência e dimensão desse ponto variam consoante as áreas em que se insere o problema. Por exemplo, aquelas que exigem uma elevada concentração, como a matemática ou a física, tendem a apresentar o ponto máximo na terceira década de vida, sendo o seu declínio abrupto. Nas restantes áreas, como a filosofia, a escrita ou a composição musical, o ponto máximo dá-se no final da quarta ou início da quinta década de vida e o seu declínio tende a ser lento. Alguns estudos indicam que na execução de uma mesma tarefa, se registam variações de criatividade ao longo da vida; mas também que, apesar de poder haver um declínio com a idade, os indivíduos criativos raramente deixam de o ser, pois tendem a reforçar essa capacidade. Por outro lado, algumas das diferenças que se verificam com o passar dos anos podem ainda ser atribuídas às condições de vida ou laborais dos indivíduos. Quem vive ou trabalha em ambientes exigentes e esgotantes, tende a apresentar uma drástica diminuição da criatividade por volta dos 35 anos de idade.
- Aprendizagem – alguns estudos sugerem que há um declínio na capacidade de aprendizagem devido à idade, em especial a partir da sétima década de vida; contudo não há pareceres conclusivos, dada a existência de outros factores que também interferem no desempenho desta capacidade (Belkis, 2001). É o caso da motivação, rapidez de execução, saúde física, saúde mental, hábitos antigos e personalidade que influenciam, em muito, o processo de aprendizagem dos indivíduos.



- Memória – relacionada intrinsecamente com a aprendizagem, considera-se que a memória declina com o passar dos anos. Entende-se que se deve a um processamento da informação mais lento ao nível da codificação, retenção e recordação de conhecimentos. Nas possíveis causas para o declínio da memória das pessoas idosas estão a interferência da informação já assimilada com aquela que se está a adquirir, a existência de problemas de saúde, a presença de dificuldades sensoriais (ouvir pior, por exemplo) ou de estados depressivos, assim como outros factores como a avitaminose, a ingestão de álcool e a medicação tomada. Apesar de os mais jovens tenderem a obter melhores resultados em tarefas que implicam memorização imediata e recordação de informação explícita, se a pessoa idosa for saudável a capacidade de armazenamento da informação pode aumentar com os anos (pois considera-se que a má memória se deve à falta de actividade e não a um declínio da inteligência). As pessoas idosas que continuam activas tendem a apresentar melhores desempenhos ao nível da memória e uma maior facilidade em recordar acontecimentos afectivos intensos (mesmo que tenham, inclusive, ocorrido em épocas passadas).
- Processamento da informação – as pessoas idosas tendem a mostrar mais dificuldades do que os mais jovens em lidar com muita informação em simultâneo. O processamento da informação apresenta o mesmo grau de declínio observado noutras funções mentais (memória, aprendizagem, ...), uma vez que a diferenciação dos estímulos e a categorização da informação tendem também a declinar com a idade. As pessoas idosas manifestam maior dificuldade na atribuição de significado a vários estímulos e na recuperação dessa informação. Constata-se uma maior lentificação na procura de palavras, na atenção selectiva e na velocidade de pensamento. Uma possível causa pode residir no facto de os mais velhos tenderem a manifestar uma maior ponderação aquando do surgimento de problemas, não procurando respostas imediatas. Já em termos de vocabulário e habilidade verbal, que se vão acumulando com o passar dos anos, as pessoas idosas tendem a pontuar melhor que os mais jovens.
- Mestria profissional – trata-se de um tipo de conhecimento que exige elevadas competências específicas e uma habilidade aliada à experiência. Estudos nesta área sugerem que este tipo de conhecimento é muito mais organizado nos mais velhos do que nos mais novos. Quando observados, o

período de maior produção nos cientistas e artistas situa-se na quinta década de vida, prolongando-se na sexta, sétima e por vezes seguintes. Apesar de a memória ou o tempo de reacção tenderem a ser inferiores, as pessoas idosas apresentam desempenhos iguais ou superiores aos mais novos, sendo a experiência um elemento fulcral.

- Sabedoria – é de senso comum considerar-se que todas as pessoas idosas são sábias, mas alguns estudos contrariam, contudo, esta ideia. Apesar de a experiência proporcionar condições para a aquisição de conhecimentos e sua aplicação, e existir um aumento da motivação para o exercício da sabedoria na meia-idade ou velhice, nem todas as pessoas idosas a desenvolvem. A capacidade de reconhecer a relatividade e complexidade da informação, argumentar em termos dialécticos e colocar duas ideias opostas em confronto tende a aumentar com o passar do tempo, resultando a sabedoria da experiência de vida. Por outro lado, é indispensável que exista a capacidade de aprender com ela, o que significa que nem todas as pessoas idosas serão sábias. No entanto, verifica-se que quem manifesta mais sabedoria tende a situar-se entre as faixas etárias da adultez e da velhice.

Independentemente de se tratar de inteligência, criatividade, aprendizagem, memória, processamento da informação, mestria profissional ou sabedoria, a investigação indica ainda que as alterações que surgem com a idade encerram as seguintes características (Kalish, 1975; citado em Cox, 2006):

- Ocorrem com frequência de forma gradual - pelo que o indivíduo nem se apercebe de que se está a adaptar;
- Não são sentidas de forma abrupta pelos indivíduos - estes tendem a lidar com pessoas da mesma idade que, na sua maioria, apresentam e comunicam com os mesmos sinais de mudança de forma subtil e progressiva;
- Permitem uma adaptação a problemas crónicos - regista-se um contínuo desfrute da vida;
- Representam somente um aspecto da vida (no caso das alterações que resultam em perdas ou declínios) - se os outros aspectos estiverem satisfeitos, a sua importância diminui;

- Não são uma incógnita para o indivíduo - ao longo da vida, através do contacto com os mais velhos, o indivíduo acaba por antecipar os seus papéis futuros.

Por último, a componente *social*, integrante do processo de envelhecimento e que se relaciona com o que é esperado em termos comportamentais segundo a idade. O envelhecimento social implica padrões de interacção entre o ciclo de vida e a estrutura social em que o indivíduo se insere, pelo que com o avançar do tempo se verifica um processo de mudança relativo aos papéis sociais e comportamentos, muitos deles impostos pela sociedade (McPherson, 1990). Em função da idade há, deste modo, a atribuição de novas normas, posições, oportunidades ou restrições (Atchley & Barusch, 2004). A idade reveste-se, assim, de uma natureza social devido à influência que exerce no modo de vida e nos padrões de interacção do indivíduo com os outros. As normas atribuídas pela idade têm repercussões em diferentes áreas da vida do indivíduo, como o seu ambiente familiar, profissional e comunitário (Cabanas, 1999): implicam mudança de papéis familiares, entrada na reforma e acesso à categoria de pensionista, participação social exercida de modo diferente e desenvolvimento de novas relações sociais. Podem, todavia, mencionar-se ainda repercussões de outra natureza, como a tendência para se viver sozinho, a mudança de papéis sociais e consequente estatuto, o conformismo social devido à perda de autonomia, de independência e da diminuição dos contactos sociais. Dado que vida do indivíduo não é estruturada só em termos das suas capacidades físicas e mentais, mas também do seu meio ambiente, as normas atribuídas pela idade poderão contribuir para que surja uma crise de identidade e diminuição de auto-estima.

Respeitante ainda às componentes biológica, psicológica e social do envelhecimento, cabe aqui referir dois conceitos diferenciados mas que também se relacionam, o declínio e a deterioração (Fernández-Ballesteros, 2000). O declínio define-se como o enfraquecimento de uma determinada função ou capacidade do organismo, experimentada por todos os seres humanos. Já a deterioração ocorre quando esse enfraquecimento se desvia significativamente da média do grupo etário a que o indivíduo pertence, estando associado, em geral, à patologia. Em virtude desta distinção, pode, assim, falar-se de envelhecimento normal e de envelhecimento patológico.

### 1.3. Envelhecimento normal e envelhecimento patológico

Há certas mudanças no processo de envelhecimento que todos os indivíduos manifestam mais tarde ou mais cedo, independentemente de ocorrerem em diferentes planos e velocidades (transformações comuns como o aparecimento de rugas, cabelo branco, flacidez muscular ou défices sensoriais), o que se designa por *envelhecimento universal* (Stuart-Hamilton, 2002). No caso das transformações que não sucedem a todos os indivíduos, como por exemplo, a artrite, fala-se de *envelhecimento probabilístico*. Para além destes contextos, as mudanças associadas ao envelhecimento tanto podem ser típicas ou normais, como mudanças atípicas ou patológicas. As primeiras inserem-se no conceito de envelhecimento normal (ou senescência) enquanto que as segundas no conceito de envelhecimento patológico (ou senilidade). Dada a indefinição da sua fronteira, a delimitação destes conceitos é complexa e delicada.

O *envelhecimento normal* (ou senescência) refere-se às diversas alterações que são universais, progressivas, irreversíveis e inevitáveis nos seres vivos, no qual a doença pode não estar presente (Llera, 2001). Têm lugar nas dimensões de natureza biológica e psicológica do indivíduo e implicam a ausência de patologias físicas ou psicológicas incapacitantes (Birren & Schroots, 1996; García, 1999; Montorio & Izal, 1999; Stuart-Hamilton, 2002). Apesar de relacionado com a acção do tempo sobre o organismo, o envelhecimento normal é influenciado pelo estilo de vida, alimentação, saúde, exposição ao stress, condição social e educação do indivíduo, manifestando-se em diferentes graus nos diferentes indivíduos. Denominado também como envelhecimento primário, o envelhecimento normal envolve parâmetros biológicos aceitáveis para cada fase do ciclo de vida. Importa aqui referir que o termo senescência foi utilizado pela primeira vez em 1965 e significava "crescer" (Vincent, 2006).

O *envelhecimento patológico* (ou senilidade) tem lugar quando surgem patologias que restringem o quotidiano do indivíduo. Caracteriza-se por alterações de maior dimensão em relação às consideradas normais para determinada idade e com tendência a evoluir de forma mais rápida. Também denominado envelhecimento secundário, dá-se quando as doenças alteram os parâmetros biológicos considerados normais para cada faixa etária ou quando a idade biológica do indivíduo é superior à sua idade cronológica (Llera, 2001). As causas da sua ocorrência resultam da interacção entre mecanismos genéticos, factores ambientais e estilos de vida. Com o avançar da idade, há maior probabilidade de se desenvolverem cataratas, hipertensão arterial, osteoporose, cancro, diabetes,

acidentes vasculares cerebrais, osteoartrose, esclerose. Estas alterações que dão origem ao envelhecimento patológico (ou senilidade) podem, contudo, ser prevenidas ou mesmo revertidas (Birren & Schroots, 1996; Montorio & Izal, 1999; Stuart-Hamilton, 2002). No que concerne ao termo senilidade, este foi utilizado pela primeira vez em 1791, referindo-se a ser-se velho ou enfermo devido à idade (Vincent, 2006).

De ressaltar que pode ainda ter lugar um outro tipo de envelhecimento, o terciário ou terminal, que se refere às alterações que ocorrem de forma precipitada (Birren & Schroots, 1996). Distinto do envelhecimento primário ou secundário, implica alterações súbitas e prévias às mudanças normais das capacidades cognitivas e funcionais dos indivíduos. Neste caso, os parâmetros biológicos surgem totalmente alterados em relação aos normais para a idade. Apesar de se verificar uma maior incidência na velhice, pode ocorrer em qualquer altura da vida (e em geral na última fase das doenças terminais).

#### **1.3.1. Doença, funcionalidade e incapacidade no envelhecimento**

Seja normal ou patológico, primário, secundário ou terciário, o processo de envelhecimento aumenta a vulnerabilidade do organismo. Contudo, o conceito de saúde (e em consequência, de envelhecimento normal) não implica somente a ausência de doença, mas também a presença de bem-estar físico, psicológico e social. Este conceito traduz a concepção de que o surgimento de doenças ou de disfunções não implica, de forma linear, perda de qualidade de vida do indivíduo, incluindo durante o seu processo de envelhecimento (OMS, 1948). Ou seja, mesmo que doente, a qualidade de vida de uma pessoa idosa é determinada também pelo nível do seu bem-estar físico, psicológico e social, factores associados às capacidades funcionais.

Na procura da manutenção dessas capacidades funcionais ao longo de todo o processo de envelhecimento (em particular para as pessoas mais idosas), a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (ICIDH-2) da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2001 considerou que se deve ter em conta duas categorias, expressas em termos positivos ou negativos: (i) de funcionalidade e incapacidade, onde se incluem as funções e estruturas do corpo, as actividades e as formas de participação; (ii) de factores contextuais, onde se incluem os factores ambientais e os pessoais. Se quanto ao conceito de factores

contextuais não haverá necessidade de uma maior explanação, interessa definir a noção de funcionalidade e incapacidade.

A funcionalidade implica todas as funções psicológicas do indivíduo, as suas actividades e envolvimento no contexto de vida. A noção de incapacidade implica deficiências, limitações de actividade ou restrição da participação no quotidiano. Neste âmbito surge o conceito de incapacidade funcional, entendida como a restrição de actividades decorrente de uma deficiência. Manifesta-se quer em termos de desempenho quer de actividade funcional e tanto no âmbito psicológico como social (OMS, 2001). Ou seja, traduz-se em incapacidade ou dificuldade de realizar tarefas quotidianas essenciais para uma vida independente, com redução da sua qualidade e aumentando o risco de dependência ou morte prematura. Ao comprometer a capacidade funcional do indivíduo, reflecte-se na manutenção da sua autonomia, na forma como se adapta a novas situações e utiliza os recursos disponíveis, assim como nas estratégias de enfrentamento que possui.

A incapacidade funcional é influenciada tanto por condições de saúde física como por factores psicológicos e sociais do indivíduo. A existência de funcionalidade ou de incapacidade irá assim condicionar positiva ou negativamente a habilidade do indivíduo em tomar decisões e agir de forma autónoma ao longo do seu processo de envelhecimento, independentemente da presença ou ausência de doenças. Ressalve-se também que mesmo existindo incapacidade, a noção de bem-estar e de saúde podem estar presentes.

Para além da diferenciação entre envelhecimento normal e patológico, existem três grandes abordagens teóricas na procura da descrição dos três diferentes padrões no processo de envelhecimento. Cada uma tenta explicar as mudanças que ocorrem no ser humano, globalmente, à luz do ângulo biológico, psicológico ou social.

#### **1.4. Teorias biológicas, psicológicas e sociais do envelhecimento**

As teorias que procuram descrever o processo de envelhecimento podem ser divididas em três categorias: biológicas, psicológicas e sociais. Inicie-se a sua breve descrição pelas teorias biológicas.

#### 1.4.1. Teorias biológicas do envelhecimento

No que concerne à tentativa de procurar explicar e compreender o processo de envelhecimento em termos biológicos, terá sido Hipócrates o precursor, ao relacionar o envelhecimento com a descida da temperatura do organismo. As actuais perspectivas biológicas organizam-se em duas correntes (Aiken, 1995; Netto & Borgonovi, 1996; Schaie, 2001; Stuart-Hamilton, 2002): as teorias genéticas e as teorias estocásticas (Quadro 2).

**Quadro 2 – Teorias biológicas do envelhecimento**

	Teorias e seus autores
<b>Teorias Genéticas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoria do Envelhecimento Celular (Carrel, 1921; Hayflick, 1980; Hayflick &amp; Morhead, 1961; Weisman, 1891)</li> <li>• Teoria dos Telómeros (Rohme, 1981)</li> <li>• Teoria da Velocidade da Vida (Finch, 1976; 1994; Loeb &amp; Northrop, 1917; Pearl (1938)</li> <li>• Teoria Neuro-Endócrina (Jiang et al., 2001)</li> <li>• Teoria da Mutagénese Intrínseca (Burnet, 1974)</li> <li>• Teoria Imunológica (Miller, 1996)</li> </ul>
<b>Teorias Estocásticas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoria da Restrição Calórica (McKay et al., 1935)</li> <li>• Teoria da Mutação Somática (Curtis, 1963)</li> <li>• Teoria da Reparação do DNA (Hart &amp; Setlow, 1974)</li> <li>• Teoria do Equívoco ou Erro-Catástrofe (Edelmann &amp; Gallant, 1977; Harley et al., 1980; Orgel, 1963)</li> <li>• Teoria da Quebra de Ligação (Cristofalo et al., 1994)</li> <li>• Teoria da Glicolização (Vlassara, 1990)</li> <li>• Teoria do Stresse Oxidativo (Harman, 1956)</li> </ul>

(Adaptado de Aiken, 1995; Netto & Borgonovi, 1996; Schaie, 2001; Stuart-Hamilton, 2002)

As teorias genéticas enfatizam o papel determinante dos genes no processo de envelhecimento.

- Teoria do Envelhecimento Celular – apesar de não se terem identificado genes específicos do processo global de envelhecimento, há genes responsáveis pelo desenvolvimento de doenças associadas à idade.
- Teoria dos Telómeros – o envelhecimento resulta da influência dos telómeros na determinação da capacidade regenerativa dos tecidos. São sequências repetitivas de proteínas e DNA não codificante, que formam os extremos dos cromossomas e cuja função é manter a sua estabilidade estrutural.

- Teoria da Velocidade da Vida – o envelhecimento resulta do aumento da lesão interna das células e tecidos, que dá origem a um aumento do desequilíbrio interno e à morte. Dado que são os mecanismos de stresse oxidativo os responsáveis, a longevidade é, assim, inversamente proporcional à taxa metabólica.
- Teoria Neuro-Endócrina – o envelhecimento resulta do declínio de diversas hormonas do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal que controlam o sistema reprodutor, o metabolismo e outras funções do organismo. A actividade do hipotálamo depende da expressão de genes específicos, que se vai alterando com a idade. A alteração hormonal deve-se à modificação dessa expressão genética. As hormonas exercem um papel crucial na manutenção da função tecidular, pelo que uma deficiência resulta na sua deterioração.
- Teoria da Mutagénese Intrínseca – o envelhecimento resulta da acumulação de mutações nas células, o que origina uma má replicação do material genético. As células começam a evidenciar uma perda de funcionalidade e dão origem ao fenótipo de envelhecimento. A constituição genética é singular de espécie para espécie e regula o material genético e a sua replicação. Nos animais, a longevidade depende do menor número de erros na replicação do DNA celular e da capacidade das respectivas enzimas na sua reparação. Contudo, os processos de manutenção da fidelidade da replicação são bastante eficazes, permitindo que ocorra apenas um número muito reduzido de acumulação de mutações.
- Teoria Imunológica – o envelhecimento resulta das alterações nas respostas imunológicas, alterações essas associadas à idade. À medida que o tempo passa, verifica-se um declínio na protecção imunológica, o que contribui para a acumulação de lesões celulares.

As *teorias estocásticas* concebem o envelhecimento como a acumulação aleatória de lesões em moléculas vitais, que provocam a deterioração do organismo - declínio fisiológico e perda de funcionalidade progressivos.

- Teoria da Restrição Calórica – o envelhecimento resulta da quantidade de calorias ingeridas pelo indivíduo. O metabolismo do organismo e a duração



de vida podem ser alterados por uma ingestão reduzida de calorias (embora ainda não tenha sido demonstrado no ser humano).

- Teoria da Mutação Somática – o envelhecimento resulta da mutação genética provocada pelas radiações ionizantes subletais, o que se repercute na síntese e funcionalidade de proteínas. A alteração de proteínas específicas que controlam o ciclo celular conduz à diminuição da capacidade de reparação das lesões do DNA, que por sua vez leva ao envelhecimento do organismo.
- Teoria da Reparação do DNA – o envelhecimento resulta da inibição dos mecanismos de reparação de lesões e do aumento da susceptibilidade das células em desenvolver fenótipos cancerosos. É a velocidade de reparação do DNA que vai determinar o tempo de vida do organismo.
- Teoria do Equívoco ou do Erro-Catástrofe – o envelhecimento resulta da replicação defeituosa na síntese de proteínas que são utilizadas na sintetização de outras. Quando são proteínas envolvidas na síntese do DNA, podem ocorrer disfunções celulares e patologias.
- Teoria da Quebra de Ligações – o envelhecimento resulta da acumulação de proteínas modificadas, que derivam do aumento na quebra de ligações de macromoléculas como o DNA, o colagénio e a elastina. Essa acumulação, com o passar da idade, pode conduzir à incapacidade funcional das células normais e ao declínio dos processos fisiológicos.
- Teoria da Glicosilação – o envelhecimento resulta de um elevado nível de glicemia e de glicose tecidual, o que conduz à modificação de proteínas e à formação gradual de ligações cruzadas no colagénio. Por sua vez, estas vão conduzir à deterioração estrutural e funcional dos tecidos. Com o avançar dos anos, surgem perturbações na homeostasia da glicose.
- Teoria do Stresse Oxidativo – o envelhecimento resulta da acumulação de lesões moleculares nas componentes celulares, provocada pelos radicais livres. Os radicais livres são moléculas muito reactivas, produzidas quando as células metabolizam o oxigénio. Quando se juntam às proteínas, podem dar origem a moléculas defeituosas, o que conduz à perda de funcionalidade e ao surgimento de doenças. Como a acumulação de lesões decorre ao longo da vida, com o avançar dos anos a probabilidade de doença e morte aumenta.

### 1.4.2. Teorias psicológicas do envelhecimento

A segunda grande abordagem teórica ao envelhecimento, a psicológica, considera que nem todas as mudanças que têm lugar se relacionam com o padrão biológico de envelhecimento, pelo que não é possível somente estabelecer-se uma relação linear entre a componente biológica e o envelhecimento global do indivíduo. Nesta linha, também as teorias que aqui se incluem não são justificativas das mudanças decorrentes da passagem do tempo, mas descritivas. Os estudos que dão corpo a essas teorias diferem em alguns pontos de análise: há uns que se focam nas pessoas idosas e na fase da velhice (psicologia da pessoa idosa), os que comparam comportamentos de diferentes faixas etárias (psicologia da idade) e os que abordam padrões de comportamento que variam com a idade (psicologia do envelhecimento) (Schroots, 1996).

Passa-se a apresentar as teorias psicológicas do envelhecimento mais relevantes, agrupadas tanto por Schroots (1996) como por Fernández-Ballesteros (2000) em três grandes períodos: as desenvolvidas no Período Clássico (1940-1970), no Período Moderno (1970-1990) e no Período Novo (1980-1990) (Quadro 3).

**Quadro 3 – Teorias psicológicas do envelhecimento**

	Teorias e seus autores
<b>Período Clássico (1940-1970)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoria da Actividade (Havighurst, 1948)</li> <li>• Teoria Psicossocial do Desenvolvimento da Personalidade (Erikson, 1950)</li> <li>• Teoria da Réplica (<i>Counterpart</i>) (Birren, 1960)</li> <li>• Teoria da Ruptura (Cumming &amp; Henry, 1961)</li> <li>• Teoria da Personalidade da Idade e do Envelhecimento (Neugarten, 1968)</li> <li>• Teoria Cognitiva da Personalidade e do Envelhecimento (Thomae, 1970)</li> </ul>
<b>Período Moderno (1970-1990)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metateoria do Desenvolvimento Co-Extensivo à Duração da Vida (Baltes et al., 1980, 1987, 1992)</li> <li>• Teoria da Redução de Recursos de Processamento (Salthouse, 1985, 1988, 1991)</li> <li>• Teoria da Personalidade e Envelhecimento (Erikson, 1950; Levinson, 1978; Costa &amp; McCrae, 1970, 1988, 1992)</li> <li>• Teoria da Genética Comportamental (Plomin, McClearn, &amp; Pedersen, 1990, 1996)</li> </ul>
<b>Período Novo (1980-1990)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoria da Gerotranscendência (Torstam, 1989, 1992, 1994)</li> <li>• Teoria da Gerodinâmica/Teoria da Ramificação (Schroots, 1988, 1995a, b)</li> </ul>

(Adaptado de Fernández-Ballesteros, 2000; Schroots, 1996)

As teorias desenvolvidas no *Período Clássico* (1940-1970) são:

- Teoria da Actividade – desenvolvida por Robert Havighurst em 1948, preconiza que a actividade é a base de um envelhecimento saudável, pelo que os indivíduos que vivem mais anos e mais felizes são aqueles que realizam tarefas ou actividades sociais. Cada fase da vida tem os seus contextos e tarefas desenvolvimentais, pelo que a superação de cada uma com sucesso é a base das próximas. Deste modo, cada fase da vida requer a existência de bases próprias, tanto a nível biológico (maturação física), psicológico (aspirações e valores) como cultural (expectativas da sociedade). Concretizá-las de forma positiva compreende experimentar diversos papéis, ou seja, desenvolver o que Havighurst denominou 'flexibilidade de papel'. O desempenho desses novos papéis implica a capacidade de adaptação a novos contextos e está relacionado com um bom ajustamento social na velhice. Esta fase envolve saber lidar com as mudanças físicas, redireccionar a energia para novas actividades e desempenhos (como ser avô, reformado ou viúvo), aceitar a nova vida e assumir a probabilidade da morte. Mais tarde, em 1970, George Madox acrescentou a esta teoria um ângulo heterogéneo, discordando do homogéneo que Havighurst preconizou. As pessoas idosas não são todas iguais e não têm as mesmas necessidades, pelo que acabam por não desempenhar as mesmas tarefas. Deste modo, argumenta que os indivíduos que melhor se adaptam à velhice são os que continuam com uma actividade social (seja ela qual for) tão intensa como a que tinha nas fases anteriores.
- Teoria Psicossocial do Desenvolvimento da Personalidade – foi Erik Erikson, em 1950, quem desenvolveu esta teoria. Considera que o desenvolvimento resulta da interacção dos factores individuais e culturais, e que se processa ao longo de oito estádios. Representam momentos críticos no desenvolvimento do indivíduo ao nível do crescimento físico e sexual, da maturidade cognitiva e da adaptação e integração exigidas pelas constantes solicitações sociais. São eles: (i) pequena infância (até aos 12/18 meses); (ii) primeira infância (12/18 meses - 3 anos); (iii) idade do jogo (3 - 6 anos); (iv) idade escolar (6 - 12 anos); (v) adolescência (12 - 18 anos); (vi) jovem adulto (18 - 35 anos); (vii) maturidade (35 - 65 anos; vida adulta); e (viii) velhice (após os 65 anos; vida adulta tardia). Em cada um desses estádios há um conflito normativo, perante o qual o indivíduo tem que optar

por uma de duas posições antagónicas (momento de crise). A resolução ou não desse conflito contribui para a formação da sua identidade, apesar de cada estágio despontar de forma independente da natureza da resolução do estágio anterior. Se resolvido com sucesso, surge o que Erikson denomina virtude. Considera-se que o desenvolvimento das crianças e adolescentes é relativamente universal, enquanto que o dos adultos é díspar, dependendo muito mais das suas experiências pessoais. Reflexo desta concepção é o facto de 3/4 do ciclo de vida estarem incluídos nos três últimos estágios propostos pela sua teoria.

- Teoria da Réplica (*Counterpart*) – esta teoria foi apresentada por James Birren em 1960, e é considerada uma teoria ecológica, global. O envelhecimento é visto como uma transformação dos aspectos biológicos e comportamentais do organismo, que se manifesta de forma idêntica à dos contextos ecológicos. Considera que há estruturas do comportamento do indivíduo que estão latentes desde a infância, como emoções, cognições e motivações, e que se revelam em todas as fases da vida. A regularidade dessas características é consequência da selecção de traços na altura da concepção. As mudanças que ocorrem na velhice não se devem somente ao acaso, pois envelhecer é uma conjugação da programação genética e da forma como se cuida do organismo desde cedo. Também as questões culturais, crenças e valores, em conjunto com a acumulação de experiências e a adaptação, influenciam o processo de envelhecimento.
- Teoria da Ruptura – esta teoria foi apresentada em 1961 por Elaine Cumming e William Henry e considera que os indivíduos deixam de exercer alguns papéis sociais à medida que envelhecem. Este 'processo de separação', assim denominado pelos autores, varia nos indivíduos tanto ao nível da altura em que ocorre como da sua intensidade. Em geral, estas mudanças recaem na qualidade, frequência e finalidade da interacção com os outros, assim como num acréscimo no cuidado de si próprios. Esta teoria sofreu várias críticas, em particular por se considerar que a ruptura pode ser evitável e por não ter tido qualquer prossecução em propostas políticas concretas para a terceira idade.
- Teoria da Personalidade, da Idade e do Envelhecimento – Bernice Neugarten propôs esta teoria em 1968. Considera que há eventos de vida normativos e que os comportamentos, hábitos, valores e metas que os indivíduos desenvolvem ao longo da vida assumem uma natureza diferente

na velhice. Os eventos normativos são esperados e sequenciais, como o casamento, o ser pai/mãe, a reforma. Neugarten advoga que há um relógio social que determina a sua ocorrência. À medida que vão tendo lugar, o autoconceito e a identidade do indivíduo vão-se também modificando. No entanto, a velhice não implica mudanças drásticas, mas uma extensão das etapas anteriores. A forma como se envelhece é determinada pelo tipo de personalidade do indivíduo: cada um tem a sua maneira de lidar com o stresse e com as circunstâncias, aptidão esta que sofre algumas mudanças à medida que o indivíduo envelhece. Esse processo de adaptação implica a criação de novos padrões, ou seja, novas atitudes, valores, comportamentos, metas, hábitos, proporcionando a base para um envelhecimento bem sucedido.

- Teoria Cognitiva da Personalidade e do Envelhecimento – os conceitos-chave desta teoria são a percepção, situação percebida e autopercepção. Foi Hans Thomae quem a desenvolveu, em 1970, ao integrar as perspectivas biológica, social e interaccionista na psicodinâmica do envelhecimento. A adaptação ao envelhecimento passa pelo equilíbrio dos sistemas cognitivo e motivacional, o equilíbrio entre aceitar ser pessoa idosa ou rejeitar essa ideia. Este autor considera que as expectativas e as novas preocupações do indivíduo são factores determinantes nessa mudança.

As teorias desenvolvidas no *Período Moderno* (1970-1990) são:

- Metateoria do Desenvolvimento Co-Extensivo à Duração da Vida (*LifeSpan Theory*) – desenvolvida em 1980 por Paul Baltes, concebe que o envelhecimento implica processos sociais, psicológicos e biológicos e ocorre desde o nascimento até à morte. O desenvolvimento e o envelhecimento são entendidos como sinónimos no que respeita às mudanças comportamentais ao longo da vida. Considera que as experiências da velhice são moldadas por factores históricos de cada geração. Este autor defende que há sete proposições capitais sobre o envelhecimento na sua vertente psicológica: (i) há grandes diferenças entre o envelhecimento normal, patológico e envelhecimento bem sucedido; (ii) existe uma variabilidade interindividual (heterogeneidade) na forma como se envelhece; (iii) há uma reserva de capacidades ou plasticidade latente na

velhice; (iv) há perdas nessa reserva de capacidades ou plasticidade e de adaptação; (v) a inteligência cristalizada vai compensando a inteligência fluida; (vi) com o avançar da idade o equilíbrio entre as perdas e ganhos começa a deixar de existir, passando para uma predominância das perdas; e (vii) o eu (*self*) na velhice permanece como um sistema resiliente, com estratégias de manutenção da integridade. Esta teoria preconiza uma dinâmica entre perdas e ganhos no processo de adaptação, cujos elementos - selecção, optimização e compensação – facilitam a presença de um envelhecimento bem sucedido.

- Teoria da Redução de Recursos de Processamento – Timothy Salthouse apresentou esta teoria em 1985, onde preconiza que os recursos de processamento cognitivo aumentam até o indivíduo atingir a maturidade, altura em que são mais efectivos, e que diminuem ao longo da adultez. Os recursos, limitados na quantidade, são indispensáveis para um leque abrangente de processos cognitivos, pelo que quantos mais recursos disponíveis o indivíduo tiver, melhor é o seu desempenho nas tarefas cognitivas. Esta teoria assimila as metáforas de espaço, energia e tempo. Considera como limitações espaciais o tamanho restrito da região disponível para o processamento cognitivo; como limitações energéticas a capacidade restrita de atenção; e como limitações temporais a restrição imposta pelo ritmo de processamento da informação e de interferências (ou do seu progressivo declínio). Salthouse enfatiza a metáfora temporal da velocidade de processamento como constructo explicativo e fundamental na cognição humana, e como ponto crucial e denominador das teorias integradoras do envelhecimento cognitivo. Defende que as mudanças na estrutura e funcionamento neuronal, e nos processos cognitivos mais elevados (como raciocínio e abstracção), surgem associadas à velocidade de processamento. Esta teoria deixa em aberto a explicação para a redução de recursos e para o que sucede em níveis mais baixos de desempenho cognitivo.
- Teoria da Personalidade e Envelhecimento – a personalidade é aqui considerada como um conjunto de características que determinam o estilo emocional, interpessoal, experimental, atitudinal e motivacional do indivíduo. Neste contexto, há dois modelos que abordam a estabilidade e mudança da personalidade ao longo da vida. Um deles, o modelo dos traços (*Five Factor Model*), desenvolvido por Paul Costa e Robert McCrae

em 1970, preconiza que os traços da personalidade tendem a manter-se estáveis ao longo da vida. Os indivíduos mantêm as suas características básicas e manifestam um elevado grau de estabilidade, em especial na segunda metade da vida. São cinco as características básicas, denominadas 'factores maiores': neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, amabilidade e consciência.

O segundo modelo considera a existência de estádios desenvolvimentais e é defendido por dois autores distintos: Erik Erikson e Daniel Levinson. A Teoria Psicossocial do Desenvolvimento da Personalidade desenvolvida em 1950 por Erikson (já anteriormente abordada no presente estudo) entende o desenvolvimento do indivíduo como fruto da interacção dos factores individuais com os culturais. Processa-se ao longo de oito estádios, momentos críticos no desenvolvimento do indivíduo ao nível do crescimento físico, sexual, maturidade cognitiva e da sua adaptação e integração em termos sociais. Levinson, em 1978, na sua Teoria do Desenvolvimento do Adulto, defende que o desenvolvimento implica o enfrentar de várias tarefas. Ocorre ao longo de uma sequência de três estádios, que se caracterizam por alternar períodos estáveis com períodos de transição. Essa alternância e a duração de cada um diferem de indivíduo para indivíduo, dado que dependem das suas condições biológicas, psicológicas e sociais. Começa na saída da adolescência, que ocorre entre os 17 anos e os 22 anos e continua no (i) jovem adulto (17/22 - 45 anos); (ii) meia-idade (40 - 65 anos); (iii) e velhice (após os 60 anos). Quando o indivíduo se encontra numa fase estável, a tarefa principal consiste em estruturar a sua vida baseada nas suas decisões. Aquando numa fase transitória, as estruturas existentes são reavaliadas e eliminadas e cria-se o suporte para o período seguinte. Os períodos de transição são momentos de crise e de oportunidades, pontos de viragem cruciais no desenvolvimento do indivíduo.

- Teoria da Genética Comportamental – esta teoria surgiu em 1990 com Robert Plomin, Gerald McClearn e Nancy Pedersen, tendo esta última autora efectuado os estudos mais recentes. Aborda os efeitos dos diferenciais genéticos e ambientais nas diferenças psicológicas do envelhecimento. As mudanças que ocorrem ao longo da vida indicam que o papel da genética e da influência ambiental podem alterar a forma como se envelhece. É importante distinguir o conceito de 'estabilidade

fenotípica' do de 'estabilidade estrutural'. O primeiro refere-se ao equilíbrio na estabilidade dos componentes genético e ambiental, que possui uma unidade de medida em momentos sucessivos. O segundo, estabilidade estrutural, implica a invariância das componentes genética e ambiental ao longo da vida, ou seja, a sua presença constante. Esta perspectiva sustenta que o efeito da genética e do ambiente nas pessoas idosas é uma questão fenotípica, ou seja, há um equilíbrio dessas duas componentes na influência que exercem sobre a velhice. Em relação aos traços da personalidade e bem-estar subjectivo, o peso da hereditariedade vai de mínimo a moderado, e é grande em relação às capacidades cognitivas (maior na capacidade verbal e espacial e na rapidez perceptiva do que na memória). Já em relação à saúde, quanto mais velho menor o peso da genética, pelo que os efeitos do ambiente passam a pesar bastante mais na sua variabilidade. Apesar de os efeitos da hereditariedade serem mais estáveis do que os ambientais no que respeita à personalidade e cognição ao longo da vida, quando se observam pequenos períodos de tempo constata-se que os efeitos ambientais exercem maior influência nas diferenças individuais que ocorrem na fase da velhice.

As teorias desenvolvidas no *Período Novo* (1980-1990) são:

- Teoria da Gerotranscendência – esta teoria apresenta uma mudança da visão materialista e racional para uma cósmica e transcendente aplicada ao envelhecimento. Desenvolvida por Lars Tornstam em 1989, preconiza que a satisfação de vida pode ser conseguida se o indivíduo se focalizar numa dimensão mais transcendente, a um nível cósmico. A adopção desta perspectiva conduz a uma aceitação do mistério da vida, onde não há lugar a angústias relativas à morte, espaço e tempo. O indivíduo deve procurar estabelecer uma comunicação com o universo, onde a autodescoberta, através do recolhimento voluntário, é um ponto-chave. Imbuída na óptica de altruísmo, integridade do ego e reflexão, surge a compreensão de questões existenciais fundamentais e de novas formas e estratégias para lidar com o quotidiano. A contextualização individual no cosmos, no universo, passa para primeiro plano; os contactos sociais mais superficiais deixam de ter tanta importância. Implica, deste modo, uma redefinição da realidade ao longo do processo de maturação do indivíduo. O ponto máximo da compreensão da existência e do papel no universo



atinge-se, no entender de Tornstam, quando se chega ao período da velhice.

- Gerodinâmica/Teoria da Ramificação – foi Johannes Schroots quem desenvolveu esta teoria em 1988, mediante a qual o envelhecimento é perspectivado em paralelo com as teorias gerais e a teoria do caos (entende que as flutuações nos sistemas caóticos podem conduzir um processo de auto-organização). O funcionamento do ser humano é visto como um sistema dinâmico que, do caos, passa para um ponto crítico de transformação. Quando chega a este ponto, emerge um de três diferentes padrões: mortalidade (morte), morbilidade (desordem, doença, disfunção) ou qualidade de vida (satisfação de vida e bem-estar). Esta teoria considera que o ser humano tende a caminhar para o caos e disparidade à medida que envelhece e que a morte surge devido a limitações biológicas.

#### **1.4.3. Teorias sociais do envelhecimento**

A terceira abordagem do envelhecimento centra-se nas teorias sociais, que podem ser organizadas em teorias antropológicas (abrangem os sistemas geracionais e os princípios que organizam a vida social dos indivíduos), teorias do decurso da vida (analisam o padrão comum de envelhecimento e a influência da interacção entre indivíduos, forças sociais e a estrutura da sociedade) e teorias sociais do envelhecimento (situam-se entre as teorias normativas e teorias interpretativas, tal como entre as teorias macro e micro, e procuram a esse nível explicar o envelhecimento em termos sociais) (Schaie, 2001). Há ainda autores que as ordenam em moldes temporais (Hendricks, 1992; citado em Schroots, 1996): teorias dos anos 60 (Desvinculação, Actividade, Subcultura e Continuidade); teorias do início dos anos 70 (Estratificação da Idade e Modernização); e teorias de meados dos anos 70 (Económico-Política e teorias da Psicologia Social).

A organização que se adopta neste estudo considera a divisão das teorias sociais em dois períodos (Lynott & Lynott, 1996) (Quadro 4): (i) o primeiro, até finais da década de 1970, quando as questões da adaptação, actividade ou satisfação de vida individual começam a ser estudadas; esta fase caracteriza-se pela unidimensionalidade, já que apenas eram considerados os factores pessoais, associados à adaptação individual na fase da velhice; (ii) o segundo período, com começo entre finais da década de 1970 e início da de 1980, coincide com a emergência de uma metodologia que pretende afastar a possibilidade de

contaminação dos dados pela percepção subjectiva dos investigadores; essa objectivação visa o estudo de 'factos' e, em particular, a aplicação dos resultados na promoção de um envelhecimento bem sucedido.

**Quadro 4 – Teorias sociais do envelhecimento**

	Teorias e seus autores
<b>1.º Período (até finais da década de 1970)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoria da Ruptura (Cumming &amp; Henry, 1961)</li> <li>• Teoria da Subcultura (Rose, 1965)</li> <li>• Teoria da Modernização (Cowgill &amp; Holmes, 1972, 1974)</li> <li>• Teoria da Troca (Dowd, 1975)</li> <li>• Teoria da Continuidade (Atchley, 1971, 1972)</li> <li>• Teoria do Desempenho de Papéis (Cottrell, 1942)</li> <li>• Teoria da Estratificação da Idade (Riley, Johnson, &amp; Foner, 1972)</li> </ul>
<b>2.º Período (inícios da década de 1980)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoria Económico-Política do Envelhecimento (Estes, 1979)</li> </ul>

(Adaptado de Lynott & Lynott, 1996)

A Teoria da Ruptura é considerada por alguns autores como pertencente às teorias sociais, enquanto outros a associam às teorias psicológicas. Apesar de anteriormente referida nesse contexto no presente estudo, saliente-se que defende que os indivíduos deixam de exercer alguns papéis sociais à medida que envelhecem, e as mudanças recaem na qualidade, frequência e finalidade da interacção e no acréscimo no cuidado de si próprios. Foi desenvolvida por Elaine Cumming e William Henry, em 1961.

Passa-se a descrever as restantes teorias mais relevantes do 1.º período, até finais da década de 1970 (Fernandéz-Ballesteros, 2000; Marshall, 1999; Schroots, 1996):

- Teoria da Subcultura – desenvolvida por Arnold Rose em 1965, perspectiva o envelhecimento como um processo que implica conflitos. As pessoas idosas têm que competir com as mais novas pelos recursos e benefícios sociais, mas estão desvantagem pelo seu fraco peso na sociedade e acabam por constituir uma subcultura. Aqui, todos os membros partilham a mesma experiência, interesses, atitudes, mudanças de papéis, valores, preocupações, estilo de vida e crenças. A formação desta subcultura conduz à criação de uma consciência de grupo e dota-o de força social que lhe permite participar activamente na comunidade e na resolução de

conflitos intergeracionais. As críticas a esta teoria apontam para o risco de uma subcultura poder promover a segregação por parte das gerações mais novas.

- Teoria da Modernização – esta teoria, desenvolvida em 1972 por Donald Cowgill e Lowell Holmes, debruça-se sobre a influência da modernização social no estatuto e papéis das pessoas idosas. O avanço tecnológico e industrial tornam mais rápido o declínio das sociedades pequenas e socialmente coesas. Para os autores, o declínio do estatuto das pessoas idosas é proporcional a esse avanço, pois a tecnologia, a urbanização da população e a democratização do ensino beneficiam as gerações mais novas, mais adaptadas à nova economia.
- Teoria da Troca – esta teoria, desenvolvida por James Dowd em 1975, baseia-se no balanço de ganhos e perdas entre pessoas jovens e idosas. O resultado é negativo para as pessoas idosas: à medida que envelhecem, apresentam menos competências e contribuem menos para a sociedade. Assim, são mais dispendiosas, possuem menos poder e têm menos recursos do que as mais novas, pelo que são postas de lado no sistema social.
- Teoria da Continuidade – para esta teoria, desenvolvida em 1971 por Robert Atchley (mas criada por Maddox já em 1963), o indivíduo, aquando do desempenho de novos papéis, tende a manter-se consistente no seu comportamento à medida que envelhece. A sua personalidade é o ponto fulcral na adaptação aos novos contextos. A integração das experiências que teve no passado permitem-lhe envelhecer com satisfação. Apesar de o desenvolvimento ser um processo contínuo, as decisões que toma preservam as suas estruturas internas e externas (características pessoais e comportamento social). Não é a quantidade de actividades realizadas o mais importante, mas a sua natureza.
- Teoria do Desempenho de Papéis – desenvolvida por Leonard Cottrell em 1942, preconiza que o indivíduo perde poder e estatuto à medida que envelhece, o que se reflecte no desempenho dos papéis e pode acarretar perda de identidade e auto-estima.
- Teoria da Estratificação da Idade – esta teoria, desenvolvida por Matilda Riley, Marilyn Johnson e Anne Foner em 1972, sustenta que a idade é um factor-chave no comportamento individual e na estrutura da sociedade. A sociedade compreende várias faixas etárias, pelo que é determinada pelas

características de cada uma: número de indivíduos, género e sua distribuição nas classes sociais. Essa organização do contexto social acaba por influenciar as atitudes e comportamentos dos seus elementos. Para além de todos partilharem uma mesma herança biológica, proporciona a vivência de experiências conjuntas e insere-os numa dimensão histórica comum. Os seus elementos acabam por manifestar padrões de envelhecimento próprios, mas também padrões de vida semelhantes.

Do 2.º período, inícios da década de 1980, a teoria mais relevante é (Fernandéz-Ballesteros, 2000; Marshall, 1999; Schroots, 1996):

- Teoria Económico-Política do Envelhecimento - desenvolvida por Carroll Estes em 1979, enfatiza a importância do poder e da economia na estrutura e alternativas de vida dos indivíduos e considera que o acesso aos recursos é determinado pelo seu estatuto social e económico. As pessoas idosas, que se encontram numa situação de desigualdade por possuírem menos poder social, acabam por não ser beneficiadas. Este autor dá como exemplo os programas sociais que favorecem meramente os interesses economicistas da sociedade.

Pode ainda referir-se dois modelos que se inserem na perspectiva social do envelhecimento (Marshall, 1999; Schroots, 1996): (i) a Metateoria do Desenvolvimento Co-Extensivo à Duração da Vida (*LifeSpan Theory*), que também se inscreve na perspectiva psicológica e que preconiza que o envelhecimento ocorre desde o nascimento e que implica processos biológicos, psicológicos e sociais; e (ii) o Interaccionismo Simbólico, segundo o qual cada indivíduo possui livre arbítrio, é criativo, utiliza uma simbologia própria na sua vida e, através da interacção com outros elementos, adopta uma determinada forma de envelhecer.

E a forma de envelhecer implica, necessariamente, a definição de um outro conceito, o de velhice. Ao poder optar pelos moldes como envelhece, o indivíduo tem presente o que significa ser velho e quais as condições que caracterizam a última fase do ciclo de vida, a velhice.

## 2. Velhice

Em termos etimológicos, a palavra velhice deriva do latim *vetulus/veculus*, que significa pessoa de muita idade ou velha. Dada a variedade de critérios que existem na procura da sua interpretação, definir este conceito é uma tarefa complexa (Degnen, 2007). É consensual que retrata a última fase da vida, mas não há uma idade única universal que marque o seu início. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estipula a entrada nessa fase consoante o desenvolvimento social e humano do país (entre os países desenvolvidos e os em vias de desenvolvimento) e pautando-se pela idade cronológica. Na maioria dos países desenvolvidos considera-se que ocorre aos 65 anos, altura em que o indivíduo entra na reforma e passa a ser considerada pessoa idosa; já nos países em vias de desenvolvimento essa transição tem lugar aos 60 anos (OMS, 2006).

Como envelhecer se relaciona com as alterações biológicas e psicológicas nos indivíduos, mas também com os padrões da sociedade e a forma como esta lida e vivencia a passagem do tempo, a conjugação desses aspectos repercute-se na categorização das diferentes fases da vida e na noção de envelhecimento que a sociedade tem (Hepworth, 1999). Por este motivo, na maioria da população dos países em vias de desenvolvimento, outras variáveis para além da idade cronológica entram na definição de velhice. O estatuto procedente da experiência de vida, a perda de papéis devido ao declínio físico ou a cessação da participação activa pesam na sua significação. Apesar de relacionado, o número exacto de anos propriamente dito tem pouco relevo.

É, assim, consensual entre os autores, que a construção da noção de velhice se faz em termos individuais mas também sociais e culturais (Degnen, 2007; Bengtson, Kasschau, & Ragan, 1977; García, 1999; Hareven, 1995; Veloso, 2004). As propriedades atribuídas à velhice variam então de indivíduo para indivíduo como, de igual modo, variam segundo o contexto social de pertença. A noção de velhice procede das capacidades cognitivas e comportamentais dos indivíduos, que por sua vez estão associadas a variáveis como o autoconceito ou o modo como o indivíduo se sente em contraponto à sua idade cronológica (Gwinner & Stephens, 2001; Mathur & Moschis, 2005; Stephens, 1991). Estudos empíricos sugerem que o significado individual decorre da importância e utilidade que o indivíduo atribui a eventos relacionados com a idade (como festejar o aniversário) (Bengtson, Kasschau, & Ragan, 1977). Esta variabilidade na relevância pessoal dada a esses

eventos justifica-se, assim, pela diferença entre indivíduos, na qual se inserem as experiências e acontecimentos de vida pelos quais passam.

Neste âmbito, também a visão da velhice e do que é ser velho sofre alterações à medida que o indivíduo envelhece. Na infância e na adolescência quem tenha dez anos a mais é considerado velho; quando se avança na idade, os 'velhos' continuam a ser os da geração anterior e não os da geração à qual se pertence nesse momento (que dez anos antes era considerada uma das gerações 'dos velhos'). Este processo é contínuo, de tal forma que num dado momento somente as pessoas muito-idosas são vistas como velhas por todos. Num questionário/entrevista aberto para recolha de opinião na população portuguesa e realizado junto de 60 indivíduos dos 15 anos aos 85 anos, constatou-se que a descrição da velhice varia com a fase da vida em que o indivíduo se encontra (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004: 9). Os indivíduos pertencentes a várias faixas etárias responderam, de forma metafórica, que a velhice é: (i) aos 14 anos, "... (ser) avós que podem contar muitas histórias aos netos e às outras pessoas mais novas!"; (ii) aos 27 anos, "... um momento para aproveitar a vida de uma forma que em novos não temos tempo nem queremos fazer!"; (iii) aos 36 anos, "... um período que todos queremos que demore muito a chegar, mas ao qual todos queremos também chegar!"; (iv) aos 48 anos, "... um período em que se vive de recordações!"; (v) aos 54 anos, "... estar dependente e precisar de muito carinho e amparo"; (vi) aos 66 anos, "... uma tristeza, não há nada que chegue a ser um pouco mais novo, para não dependermos dos outros!"; (vii) e aos 78 anos, "... uma ironia! Quando após ter passado por vários estádios da vida se atinge a plenitude, deveria ter-se direito a desfrutar do tempo sem preocupação, o que raramente é possível devido aos problemas de saúde!". Constata-se que os conceitos de velhice assumem natureza distinta consoante a idade do respondente. Quanto mais velhos, mais negativas são as suas respostas. Estas diferenças são corroboradas num estudo realizado na população portuguesa, em 160 indivíduos entre os 13 anos e os 87 anos: em geral, os inquiridos consideraram a velhice uma "fase normal da vida" (entre as pessoas jovens-idosas registou-se a maior incidência e entre as muito-idosas a mais baixa); "incapacidade e dependência", a segunda categoria mais referida, assumiu valores mais elevados entre os adultos e mais baixos entre os jovens (Sousa, Cerqueira, & Galante, 2008; Sousa & Cerqueira, 2004, 2005).

Se a concepção individual da velhice difere no plano intergeracional, em função da idade e experiências de vida, também se pode fazer sentir no plano intrageracional, uma vez que a velhice de um indivíduo é determinada por 'outras'

idades para além da cronológica (Degnen, 2007). Há outros aspectos que devem ser considerados, como a vertente biológica (ser-se velho), a psicológica (viver-se como um velho), a social (ser-se considerado velho) a e física (sentir-se velho) (García, 1999; Kastenbaum et al., 1972). Estes aspectos, que se encontram intimamente relacionados com a definição de idade em geral e suas variantes, são a idade biológica, psicológica, sociocultural e funcional, noções distintas de idade.

## **2.1. Velhice e noção de (as) idade(s)**

A primeira abordagem ao conceito de velhice relaciona-se, portanto, com a noção de idade cronológica. Associada à passagem dos anos, é determinada pelo número de voltas que o planeta Terra dá à volta do Sol. Quando se completam 60 ou 65 voltas desde o nascimento do indivíduo, este é considerado pessoa idosa em termos sociais. A idade cronológica é uma referência em múltiplas circunstâncias sociais e no quotidiano do indivíduo, como a existência de idades mínimas ou máximas para conduzir, frequentar a escola, votar ou ser candidato a Presidente da República. É comum ouvir-se que 'já não se tem idade' para certos comportamentos ou que 'já se devia ter mais juízo' em função da idade. A idade cronológica acaba por ser, todavia, um indicador de informação sobre os indivíduos.

Muitos dos valores normativos são estabelecidos de acordo com a faixa etária em que os indivíduos se inserem, pelo que tanto os conceitos de variabilidade interpessoal como intrapessoal tendem a ser considerados em função da idade cronológica (tem-se como exemplo os vários estudos nos quais a idade é considerada como variável independente primária). No entanto, devem ser tidas em conta variáveis como as psicossociais ou demográficas, que fazem com que a passagem dos anos não suceda de forma igual para todos. Inserido em diferentes meios e exposto a estímulos distintos, cada indivíduo apresenta níveis e especificidades na forma como envelhece a nível biológico, psicológico, sociocultural e funcional. Assim, pode considerar-se a existência de idades relacionadas especificamente com essas dimensões do indivíduo. Tem-se assim as denominadas idade biológica, idade psicológica, idade sociocultural e idade funcional (Atchley & Barusch, 2004; Birren & Cunningham, 1985; Fonseca, 2004; Mathur & Moschis, 2005; Papalia et al., 2002):

- Idade biológica - relaciona-se com as modificações das células e tecidos e com o funcionamento dos sistemas vitais do organismo. As modificações

não se processam na mesma altura, como é o caso dos rins, por exemplo, cuja redução de pleno funcionamento ocorre antes de o mesmo acontecer na pele. A diminuição da condição física torna o indivíduo mais susceptível à doença e mortalidade; no entanto, pode retardar ou acelerar o seu envelhecimento biológico se adoptar ou não um estilo de vida saudável. Um indivíduo de 60 anos que faça exercício regularmente poderá ser biologicamente mais novo que um de 50 anos que não o faça. Associado à idade biológica está o conceito de tempo biológico, que remete para o 'relógio biológico' e ritmo metabólico de cada indivíduo.

- Idade psicológica - reporta-se ao desenvolvimento e mudanças na cognição, personalidade (eu/self, incluindo auto e heteropercepção) e capacidades de natureza psicológica utilizadas na adaptação às mudanças, nomeadamente de natureza ambiental ou outras. Refere-se, por exemplo, a como se lida com um acidente ou a mudança de emprego. Com o avançar da idade, algumas funções cognitivas e emocionais do indivíduo diminuem, enquanto outras aumentam ou estabilizam, e aqui incluem-se sentimentos, cognições, motivações, percepções, capacidade de tomar decisões, memória, inteligência e outras que sustentam o controlo pessoal e a auto-estima. Um indivíduo de 50 anos que ainda viva em casa dos pais por opção poderá ter uma idade psicológica inferior a um de 30 anos que viva sozinho. No contexto da idade psicológica, pode ainda falar-se de tempo psicológico (julgamento subjectivo sobre o tempo) e como o indivíduo o percebe e vive.
- Idade sociocultural - relaciona-se com as mudanças que ocorrem no estilo de vida social de um indivíduo. É determinada pelo conjunto de papéis sociais, comportamentos, hábitos e estilo de relacionamento e por comparação com outros da mesma idade. Os papéis sociais esperados delimitam os diferentes períodos de vida do indivíduo, constituindo marcos sociais. Neste sentido, uma pessoa idosa que se matricule na universidade apresenta uma idade sociocultural menor, assim como uma mulher que tenha o seu primeiro filho aos 40 anos. Deste modo, é o tempo social que acaba por regular os papéis sociais que o indivíduo deve exercer numa dada fase da vida.
- Idade funcional - é medida pela comparação do desempenho físico e social de um indivíduo com o de outros da mesma idade cronológica. Define-se pelo grau de conservação do nível da capacidade adaptativa

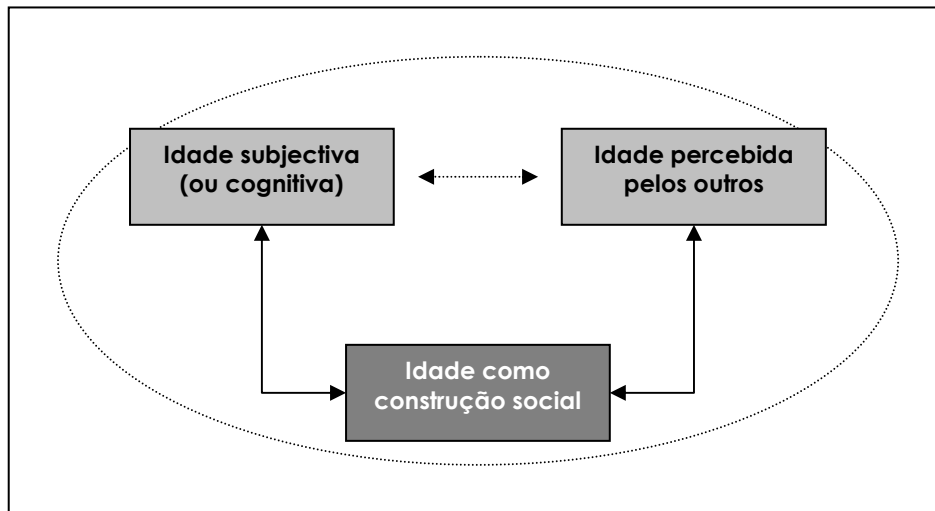


em comparação com a idade cronológica. Assim, se uma pessoa de 70 anos realizar actividades desportivas ou apresentar níveis de desempenho físico superiores aos dos seus contemporâneos, é considerada mais jovem em termos funcionais. Para a aferição da idade funcional de um indivíduo é necessário o cruzamento da informação proveniente das restantes três idades: quais os anos de vida e condição física (idade biológica), qual o modo como lida com os acontecimentos quotidianos esperados ou inesperados (idade psicológica) e qual a forma como interage com os outros, segundo as normas e expectativas sociais (idade social). Relacionada, ainda, com a idade funcional, está a noção de tempo intrínseco, que pressupõe que todos os organismos possuem uma programação personalizada finita, com sucessivas transformações comportamentais, o que resulta na individuação (processo que conduz à construção da identidade), na gerodinâmica ou no envelhecimento intrínseco do indivíduo.

Estas quatro noções de idade aqui descritas são interdependentes: uma doença pode ter efeitos adversos no bem-estar do indivíduo, tendo como consequência a sua reforma antecipada ou o isolamento social. Este último, por exemplo, pode levar a que se alimente pior e conseqüentemente, apresente maior vulnerabilidade ao surgimento de uma doença.

Interessa ainda referir outros dois conceitos situados na fronteira da idade psicológica com a sociocultural, o da *idade subjectiva (ou cognitiva)* e o da *idade percebida pelos outros*, que conduzem a uma outra perspectiva: a idade como construção social e a sua influência na identidade do indivíduo (Barak et al., 2001; Barak & Schiffman, 1981; Kastenbaum et al., 1972; Schroots, 2003) (Tabela 1).

**Tabela 1 - Relação entre idade subjectiva (ou cognitiva), idade percebida pelos outros e idade como construção social**



(Adaptado de Barak et al., 2001; Barak & Schiffman, 1981; Kastenbaum et al., 1972; Schroots, 2003)

Passam-se a considerar estes três conceitos.

### 2.1.1. A idade como construção social

Como já referido anteriormente no presente estudo, as mudanças que ocorrem no corpo humano (processo biológico do envelhecimento) têm também lugar num dado contexto social e cultural. Segundo a importância e repercussão que envelhecer tem numa determinada sociedade, assim são atribuídos em termos sociais diferentes significados ao que é 'ser novo' ou 'ser velho'. Esses significados diferem de cultura para cultura e de época para época, o que conduz ao surgimento de diferentes interpretações sobre a velhice (Gergen & Gergen, 2001). Essas interpretações, construídas socialmente, têm relevância nas relações pessoais e sociais, tornando-se num indicador que diferencia os indivíduos (Fry, 1995): implicam a identificação ou a atribuição de características relacionadas com a idade que um indivíduo deverá possuir.

Esse processo de identificação e de atribuição de características sucede de forma automática, pois ocorre em milionésimos de segundo, denominando-se *categorização automática*. Funciona como uma 'ferramenta de diagnóstico social', com a qual se inferem as competências sociais, cognitivas, crenças religiosas e capacidades funcionais que devem estar presentes no indivíduo em função da sua faixa etária. O indivíduo é, deste modo, caracterizado em várias dimensões, nomeadamente na sua dimensão cognitiva, ideológica/normativa,

interaccional e colectiva (Cuddy & Fiske, 2002; Giles & Dorjee, 2004; Fiske, 2000; Keith, 1980; Levy & Banaji, 2002):

- Dimensão cognitiva – qual o tipo de raciocínio, de preocupações e de sensibilidade do indivíduo;
- Dimensão ideológica/normativa – quais as obrigações e deveres que deverá ter. A maioria das sociedades possui 'relógios sociais', normas relativas a acontecimentos que devem ocorrer no ciclo vital do indivíduo e que regulam em que altura da vida deve realizar determinada acção ou deixar de exercer uma outra (entre os 20 e os 30 anos deve casar, ter filhos, assumir responsabilidades) (Moody, 2002);
- Dimensão interaccional – qual o tipo de relações que deve estabelecer com os indivíduos da sua e outras faixas etárias;
- Dimensão colectiva – qual a possibilidade de ser admitido ou não numa determinada organização em função da idade (aos 40 anos pertencer a uma colectividade para adolescentes ou a um de grupo de reformados).

Será o posicionamento do indivíduo nestas quatro dimensões (consequente da sua idade cronológica) que determinará a sua idade em termos sociais (se 'ainda é novo para' ou se 'já é velho para', na sociedade em que vive). Esse mesmo posicionamento influenciará, também, a forma como o indivíduo se autopercepção, resultante da comparação que faz entre si e os outros indivíduos do seu grupo etário. E será essa autopercepção que irá constituir a idade subjectiva (ou cognitiva) (Quadro 5).

**Quadro 5 – Idade subjectiva ou cognitiva e Idade percebida pelos outros**

	Definição
<b>Idade subjectiva (ou cognitiva)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autopercepção da idade quando comparado com os pares</li> </ul>
<b>Idade percebida pelos outros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atribuição a um indivíduo, pelos outros, de uma dada idade segundo as suas características</li> </ul>

(Adaptado de García, 1999; Papalia et al., 2002; Kaufman, 1986; Uotinen et al., 2006)

Apesar de a idade cronológica ser o maior indicador, a investigação sugere que os acontecimentos de vida, os papéis e a tarefas desenvolvimentais exercem uma

grande influência na vivência individual. Um indivíduo pode sentir-se mais novo ou mais velho em termos cognitivos do que em termos cronológicos, pelo que não é a idade cronológica que traduz a forma de estar na vida, mas sim o modo como o indivíduo se sente e se percepção. A definição de idade subjectiva (ou cognitiva) torna-se assim mais precisa, quando operacionalizada a partir do modo como o indivíduo se sente, pensa, se encontra fisicamente e de qual o estilo de vida que adoptou. Reporta-se, portanto, a outras dimensões funcionais como a biológica/física, psicológica/emocional, cognitiva/intelectual e social/ocupacional, quatro dimensões distintas entre si (Barak & Schiffman, 1981; Westerhof & Barrett, 2005):

- Dimensão biológica/física - a idade que o indivíduo aparenta;
- Dimensão psicológica/emocional - a idade com a qual o indivíduo se sente;
- Dimensão cognitiva/intelectual - a convergência de interesses que mantém com os seus pares;
- Dimensão social/ocupacional - as actividades que o indivíduo executa.

Tendo como termo de comparação os indicadores médios da sua geração, a maioria dos indivíduos tende a manifestar uma idade subjectiva (ou cognitiva) diferente da cronológica (Kaufman, 1986; Underhill & Cadwell, 1983; Uotinen et al., 2006). É o caso das pessoas jovens, adultos ou idosas que se autopercebem como mais novas ou mais velhas do que são cronologicamente: é a idade subjectiva (ou cognitiva), *nova* ou *velha*. Outros há, ainda, que se autopercebem sem idade, percepção denominada *ageless self* e que retrata as pessoas que não se reconhecem no seu corpo e nem nos anos de vida que têm. No entanto, noutros casos, a idade subjectiva (ou cognitiva) atribuída pelo próprio indivíduo tende a aproximar-se, muitas vezes, da sua idade cronológica. O 'sentir-se idoso' é fortemente influenciado pelo 'ser-se idoso' e o 'sentir-se jovem', pelo 'ser-se jovem'. Nestes casos, e com maior incidência na população de mais idade, verifica-se uma maior tendência para que as pessoas idosas se sintam velhas por causa dos anos que têm e não porque se percepcionem assim. A própria idade subjectiva (ou cognitiva), aquela com a qual se sentem, acaba por ser determinada pelas mudanças físicas e sociais (como por exemplo ser-se avô) que ocorrem na sua vida.

Essa manifestação de idade subjectiva (ou cognitiva) *velha* está na origem e repercute-se no que o próprio indivíduo sente e pensa e nas actividades que desempenha, ou seja, no estilo de vida adoptado. Apesar de não ser consensual na literatura, estes indivíduos tendem a manifestar pouca satisfação com a vida e maior infelicidade, moral baixa, menor autoconfiança e auto-estima, baixo nível de actividade, relações familiares débeis, deficiente inserção na sociedade (onde se dá primazia à juventude), a realizar uma avaliação desfavorável das vivências e manifestar ausência de objectivos de vida (Chua, Cote, & Leong, 1990). Para além do que este constructo possa fazer prever em termos atitudinais e comportamentais, alguns investigadores apontam ainda uma relação entre a idade subjectiva (ou cognitiva) *velha* e outros factores sociodemográficos, como possuir menor escolaridade, pertencer a uma classe social mais baixa, auferir baixos rendimentos, apresentar uma fraca rede social e saúde frágil (incluindo dias de doença ou de hospitalização), ser viúvo e reformado (Gwinner & Stephens, 2001). Porém, esta posição não é corroborada noutros estudos, que apontam para uma escassa relação entre a idade subjectiva (ou cognitiva) *nova* ou *velha* e os antecedentes ou acontecimentos de vida do indivíduo, tais como tipo de educação, classe social, entrada na reforma ou nascimento de um filho (Mathur & Moschis, 2005).

No que diz respeito ao conceito de *idade percebida pelos outros*, relaciona-se com a ideia que se faz de um indivíduo mediante a sua aparência física ou as actividades que realiza, inferindo-se daí a sua 'suposta' idade cronológica. Ou seja, a quem tiver alguns cabelos grisalhos, tidos como normais por volta dos quarenta anos, há a tendência para lhe ser atribuída mais ou menos essa idade, seja mais novo ou mais velho; já a quem participar em excursões para pessoas idosas, há a tendência para se lhe atribuir uma idade mais avançada.

A investigação sugere que muitas pessoas idosas sentem uma discrepância entre a sua idade cronológica ou aquela com a qual se sentem, e a idade que lhes é atribuída (García, 1999; Papalia et al., 2002). Num estudo realizado por Blanchard-Fields, Baldi, & Stein (1999) sobre características identificativas associadas às diferentes faixas etárias, sugere-se que as características relacionadas com a velhice (e que obtiveram índices mais elevados) são as externas, como a presença de cabelos grisalhos e rugas ('se os tem, deve ser já de alguma idade'); já no caso das características relacionadas com a juventude, são as internas, como por exemplo o optimismo ('deve ser relativamente jovem, uma pessoa mais velha não é

optimista'). Ou seja, a idade percebida pelos outros tende a ser influenciada pela presença ou não de características externas e internas nos indivíduos.

Considera-se, assim, que tanto a percepção da idade subjectiva (ou cognitiva) como a idade percebida pelos outros, têm origem e estão na causa do conceito de idade como construção social. Ambas as percepções acabam por influenciar a identidade pessoal e social dos indivíduos, determinando os papéis pessoais e sociais que desempenha ao longo da vida (Mathur & Moschis, 2005).

### **2.1.2. Identidade pessoal e social na velhice**

É comum na literatura considerar-se que nas denominadas sociedades pré-industriais as pessoas idosas eram reverenciadas e ocupavam um lugar de destaque (Netto & Ponte, 1996). A redução da capacidade produtiva das pessoas idosas era compensada pelo valor da experiência acumulada, pelo que eram vistas como património e portadoras de sabedoria, quem aconselhava os mais novos. Chegar a uma idade avançada era, assim, motivo de respeito. No entanto, muito se devia ao facto de que, quem atingia essa idade mais avançada, eram indivíduos detentores de riqueza e que tinham tido melhores condições de vida em relação aos restantes. Deste modo, a condição de pessoa idosa 'respeitada' estava associada a uma mais-valia patrimonial e não somente ao facto de ter muitos anos de vida. A velhice, em si, não tinha um estatuto específico. Quando necessária, a solidariedade para com as pessoas idosas tinha lugar em contextos privados, familiares. As preocupações em contexto público eram somente dirigidas à velhice desprotegida e à mendicidade, através das instituições de beneficência (Fernandes, 1997). Institucionalmente, ser-se pessoa idosa era ser-se pobre, indigente ou doente, pelo que a valorização do indivíduo passava pela identidade pessoal. Este contexto foi nomeado por Guillemard (1980) como *velhice invisível*, uma vez que o apoio às pessoas idosas era remetido para o espaço doméstico, somente.

Nas ditas sociedades industriais e pós industriais, a segregação etária torna-se comum, baseada no ciclo produtivo e associada à reforma, sem relação com as possibilidades económicas do indivíduo. O que antes não se verificava (na verdade, poucos sabiam ao certo a sua idade), passa a suceder. A idade cronológica é assumida como um dado elementar na identidade dos indivíduos, a par do crescente 'mito da juventude'. Associado à beleza física, ao triunfo rápido, à rapidez e mudança constante, estas características não se compadecem com

algumas das especificidades da velhice. Em consequência, a grande maioria das características atribuídas às pessoas idosas em geral torna-se tendencialmente negativa, pelo que estas passam a ser menos consideradas e menos integradas no tecido e rede sociais (García, 1999). Começam a ser comparadas com indivíduos que as rodeiam, geralmente mais novas e atraentes e com estilos de vida diferentes, não com base na identidade e valor pessoal, mas nas 'características da velhice em geral'. Como resultado, as pessoas idosas acabam por sentir-se inadequadas e em desvantagem social em relação às gerações mais novas (cujos hábitos e comportamentos não são similares). Por este motivo Guillemard (1980) denomina esta fase *velhice visível*.

Esta visão pessimista da velhice, imposta socialmente, tornou-se perniciosa, convertendo-se no que García (1999) e Degnen (2007) consideram uma experiência alienante e ameaçadora da integridade do eu (*self*): a pessoa idosa, que se vê e sabe que é velha, sente-se inútil e tende a adoptar uma atitude derrotista. Com frequência, acaba por limitar o seu espaço vital e não realiza actividades de que gostaria por os outros as considerarem despropositadas e inadequadas. Numa tradução mais severa, tem lugar um sentimento de inferioridade e de marginalização, mudanças nas relações emocionais, aumento de manifestações pouco sociais e diminuição da socialização (Cabanas, 1999).

Em termos normativos é na velhice que os familiares mais velhos (como irmãos e primos) e as amigas vão diminuindo, e que a viuvez assume maior probabilidade de acontecer. Também a reforma e consequente diminuição possível de estatuto social conduz a uma das crises mais marcantes do indivíduo: a confrontação da própria morte. A par destes contextos, algumas competências intelectuais são afectadas (como a aptidão para organizar informação e concentrar-se, para raciocínios abstractos, competências psicomotoras, actividades perceptivas), o que implica que sofra mudanças sociais, psicológicas e fisiológicas, que se vão sucedendo (Salthouse, 1991). Por estes motivos, García (1999) considera a tendência para que um vazio emocional e social se desenvolva nesta fase, razão pela qual o indivíduo pode passar a manifestar ansiedade, preocupações hipocondríacas, agressividade, apatia e depressão intermitente, assim como regressões a etapas infantis, novas dependências, aumento de atitudes egoístas e maior exigência de atenção. Como resultado, a família tem muitas vezes que demonstrar mais paciência para com a pessoa idosa, dado que esta tende a ficar psicologicamente mais frágil se não for apoiada.

Dadas estas possíveis modificações, seja pela influência da atribuição às pessoas idosas de características negativas e enviesadas, sejam influenciadas por alterações no próprio indivíduo, alguns autores apontam para a necessidade de uma preparação para a velhice (Cuddy & Fiske, 2002; Kite & Wagner, 2002; Levy & Banaji, 2002; Ng, 2002; Kane, 2004). Sugerem que se deve promover uma passagem saudável da vida activa, altura em que o indivíduo desenvolve uma actividade normalizada e de luta, para a aceitação e adaptação à nova rotina da velhice. Essa preparação para a velhice implica o exercício de uma postura que tende a aumentar à medida que o indivíduo envelhece, a denominada *resistência à frustração* (García, 1999). Esta postura não se associa somente aos anos que se acumulam, mas também ao tipo de velhice que o indivíduo tem, consequência da vida que teve. Se levou uma vida equilibrada, a velhice tenderá a ser uma fase de aceitação e coerência. Uma vez que é neste período da vida que a pessoa idosa faz o balanço entre o que já passou e o facto de que não terá muito mais tempo nem oportunidades, a resistência à frustração desempenhará um papel crucial na integração de todos os acontecimentos positivos e negativos que constituíram a sua vida (García, 1999). É uma visão retrospectiva que, em relação às circunstâncias vividas, pode dar origem a um sentimento mais ou menos intenso: aceitar os fracassos, contrabalançando-os com os aspectos positivos. Este balanço de vida tende a ganhar mais importância à medida que o indivíduo vai ficando mais velho, numa tentativa de encontrar um significado e justificação para a sua existência (Degnen, 2007). Contudo, sabe-se que quanto menos satisfatória for a situação de momento, maior é a tendência em se adoptar uma posição defensiva, de compensação: julga-se o desempenho passado como sendo óptimo, desvalorizando eventuais aspectos negativos que tenham sucedido.

A par desta interpretação existencial, decisiva na construção da identidade pessoal e social do indivíduo enquanto membro de uma dada sociedade, a idade cronológica continua a ser um indicador determinante na delimitação dos diferentes períodos ou estádios de vida (Fry, 1995). E, à semelhança de outras tantas categorizações, também estas sofreram várias mudanças na sua definição, caracterização e limites.

## **2.2. Períodos ou estádios de vida**

A noção de que a progressão temporal da vida dos seres humanos tem início no nascimento e término na morte está presente desde os tempos mais remotos da história da humanidade. A procura da delimitação e caracterização de diferentes



períodos ou estádios da vida desse espaço temporal foi diferindo consoante as épocas e as sociedades (Cuddy & Fiske, 2002; Giles & Dorjee, 2004; Hepworth, 1999; Papalia et al., 2002). Se a demarcação inicial e mais simples diferenciava somente dois grandes períodos, a infância e a adultez (onde se incluía a velhice), outras foram surgindo ao longo da história da humanidade (Moody, 2002).

A demarcação de três períodos proposta por Sófocles (495 – 406 a.C.) encontra-se bem patente no enigma apresentado numa das grandes tragédias gregas, “Rei Édipo”: “que criatura caminha sobre quatro pernas pela manhã, duas pela tarde e três pela noite?”. Já Hipócrates (460 - 370 a.C.) indicava quatro idades, cada qual correspondendo a uma das estações do ano. Durante a Idade Média (séc. V – séc. XV), sob a enorme influência do Cristianismo, a vida terrena era vista como uma mera passagem da viagem espiritual até Deus, pelo que nenhuma fase era melhor nem pior que as restantes. Com a Renascença, surgiu Shakespeare (1564 – 1616), que na comédia “Como lhe aprouver” indicava sete fases na vida do ser humano: infância, idade escolar, adolescência, jovem adulto, adulto, velhice e senilidade (retratada como “mero esquecimento, sem dentes, sem vista, sem paladar, sem nada”). No entanto, foi só a partir do século XIX que a infância começou a ser considerada um estágio específico, antes vista como adultez em miniatura; também a adolescência e a velhice indicadas por Shakespeare eram vistas com outras características. As que hoje se lhes atribuem surgem somente no século XX, com o advento dos conceitos de escolaridade e reforma (Hareven, 1995).

A perspectiva que impera na actualidade nos países ocidentais considera que o indivíduo atinge a maioridade após a infância e a adolescência, ou seja, após perfazer 18 anos. Autores como Piaget e Freud delinearam estádios cognitivos e psicossociais até à idade adulta, com características específicas que implicam mudanças biológicas, psicológicas e sociais e que se modificam com o passar dos anos. No entanto, a actual investigação considera que também existem diferentes etapas de desenvolvimento individual na adultez, havendo algum consenso entre os autores na delimitação de três subcategorias (Papalia et al., 2002): jovem adultez (dos 20 aos 39 anos), meia-idade (dos 40 aos 64 anos) e velhice (mais de 65 anos). Há, contudo, quem ainda considere que a meia-idade tem início aos 30 anos e termina aos 60 anos (Featherstone & Hepworth, 1991; citado em Schwaiger, 2006).

O período do jovem adulto caracteriza-se pelo auge das capacidades físicas e, em alguns aspectos, das cognitivas. É nesta altura que a escolha de carreira e de parceiro costuma acontecer.

A clássica definição de meia-idade reporta-se à percepção que o indivíduo tem da sua mortalidade iminente, que o tempo que resta da sua existência biológica está a diminuir. Nesta fase o indivíduo já não é considerado novo, mas ainda não é velho, verifica-se algum declínio na saúde e habilidades físicas, mas também o desenvolvimento da maturidade como consequência das experiências quotidianas. Trata-se de uma fase caracterizada por expectativas sociais estruturadas, com um forte cariz psicossocial (Hepworth, 1999). É, assim, um período marcado por transições sociais no contexto familiar (saída dos filhos e morte de familiares da geração mais velha) e no contexto laboral (auge da carreira e aproximação da reforma).

No período da velhice, o declínio da capacidade física e da energia anímica que começou a fazer sentir-se no período da meia-idade, intensifica-se. Tal circunstância não invalida que muitas pessoas idosas, apesar de registarem mudanças na saúde, sejam fisicamente activas, relativamente saudáveis, independentes e mentalmente despertas. Nesta fase, uma das maiores mudanças sentidas é a entrada na reforma. Devido ao prolongamento do ciclo vital, verifica-se a adopção de diferentes categorias no período da velhice (Quadro 6).

**Quadro 6 – Possíveis categorias da idade da velhice**

<b>Idade da velhice</b>	<b>Características</b>
<b>Duas categorias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jovens-velhos (55-75 anos) e velhos-velhos (mais de 75 anos) (Atchley &amp; Barusch, 2004; Neugarten, 1999; Papalia et al., 2002)</li> </ul>
<b>Três categorias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>50-64 anos, 65-74 anos e 75-84 anos (Schroots, Fernández-Ballesteros, &amp; Rundinger, 1999)</li> <li>Velhos-novos (65-74 anos), velhos-velhos (75-84 anos) e muito-velhos (mais de 85 anos) (Hansson &amp; Carpenter, 1994; Riley, 1988)</li> </ul>
<b>Quatro categorias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Velhos-novos (60-69 anos), velhos-meia-idade (70-79 anos), velhos-velhos (80-89 anos) e muito-velhos (mais de 90 anos) (Burnside, Ebersole, &amp; Monea, 1979)</li> <li>Velhos-novos (65-74 anos), velhos (75-84 anos), velhos-velhos (85-94 anos) e muito-velhos (mais de 95 anos) (Hagino et al., 2008; Jopp, Rott, &amp; Oswald, 2007)</li> </ul>

(Adaptado de Atchley & Barusch, 2004; Burnside, Ebersole, & Monea, 1979; Hagino et al., 2008; Hansson & Carpenter, 1994; Jopp, Rott, & Oswald, 2007; Neugarten, 1999; Papalia et al., 2002; Riley, 1988; Schroots, Fernández-Ballesteros, & Rundinger, 1999).

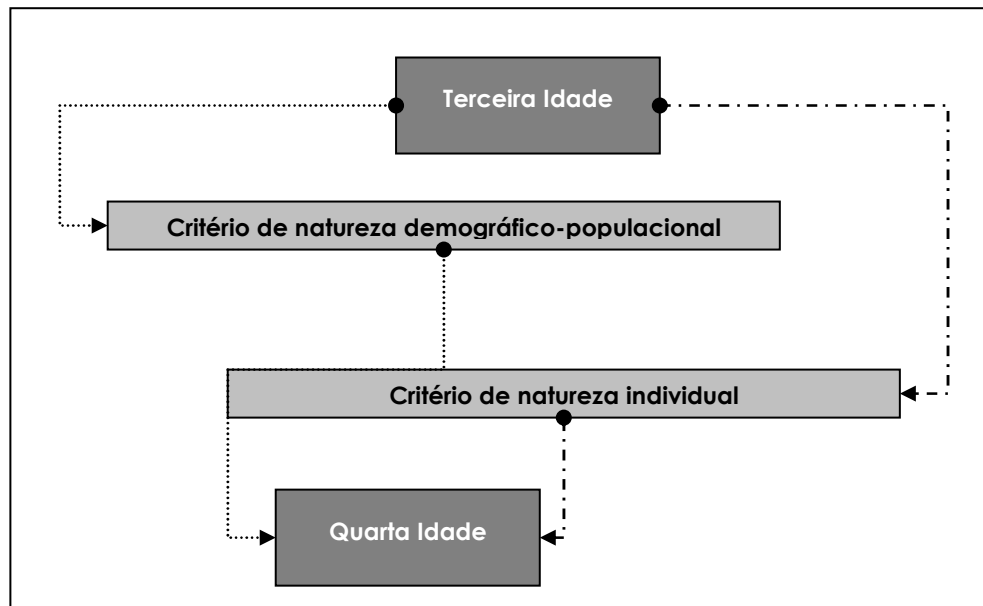
Há quem considere a existência de apenas duas categorias no período da velhice: jovens-velhos (55-75 anos) e velhos-velhos (mais de 75 anos) (Atchley & Barusch, 2004; Neugarten, 1999; Papalia et al., 2002). Os primeiros são caracterizados como

sendo uma maioria activa apesar de reformados, com saúde e força física; de um modo geral, são ainda casados, estão integrados na sua família e rede social, manifestam vontade de intervir em termos sociais. É uma altura em que as obrigações e responsabilidades profissionais diminuem e, para aqueles que sabem retirar proveito disso, é considerada a fase mais liberta. Na categoria dos velhos-velhos inserem-se os indivíduos que necessitam de cuidados especializados devido a perdas ou doenças do foro mental ou físico, e caracterizam-se pela fragilidade física e pela presença de doenças crónicas. Nesta fase os indivíduos sentem a iminência da morte. Familiares e amigos continuam a fazer parte da sua rede e actividade social, mas esta torna-se cada vez mais reduzida devido às doenças ou ao desaparecimento dos seus pares.

Outros autores apontam três categorias: uns, as de 50 aos 64 anos, de 65 aos 74 anos e de 75 aos 84 anos (Schroots, Fernández-Ballesteros, & Rundinger, 1999); outros, as de velhos-novos (65 - 74 anos), velhos-velhos (75 - 84 anos) e muito-velhos (mais de 85 anos) (Hansson & Carpenter, 1994; Riley, 1988).

Por fim, na delimitação das categorias do período da velhice, outros ainda indicam quatro: uns, a de velhos-novos (60 - 69 anos), velhos-meia-idade (70 - 79 anos), velhos-velhos (80 - 89 anos) e muito-velhos (mais de 90 anos) (Burnside, Ebersole, & Monea, 1979); outros, a de velhos-novos (65 - 74 anos), velhos (75 - 84 anos), velhos-velhos (85 - 94 anos) e muito-velhos (mais de 95 anos) (Hagino et al., 2008; Jopp, Rott, & Oswald, 2007).

Como consequência da amplitude da diversidade manifestada pelos indivíduos nas várias categorias do período da velhice, alguns autores sugeriram uma distinção entre a 'terceira idade' e uma 'quarta idade', baseada na idade funcional e fundamentada por um de dois critérios (Baltes & Smith, 2003): o de natureza demográfico-populacional e o de natureza individual (Figura 1).

**Figura 1– Dois possíveis critérios da passagem da terceira para a quarta idade**

(Adaptado de Baltes &amp; Smith, 2003)

Um primeiro critério, de natureza demográfico-populacional (baseado no ciclo de vida máximo da média da população), sustenta que o início da quarta idade ocorrerá quando 50% dos indivíduos de um coorte de nascimento já tiverem falecido.

Um segundo critério, de natureza individual (baseado no ciclo de vida máximo de cada indivíduo), considera que esse marco ocorrerá de forma individual diferenciada. A transição para a quarta idade terá lugar quando o indivíduo já se encontra a perder as suas capacidades e autonomia, o que tanto pode suceder aos 60 anos como aos 80 anos. A diferença entre a terceira e quarta idade reside no facto de a maioria dos aspectos positivos atribuídos ao envelhecimento se encontrarem com muito maior incidência na terceira idade e porque a relação desfavorável entre ganhos e perdas tende a situar-se na quarta idade. Considera-se que a quarta idade não é um prolongamento da terceira idade nem decorre da idade cronológica do indivíduo - apesar de esta poder ser um indicador, em geral a partir dos 80 a 85 anos - mas antes se define em função do grau de funcionalidade que apresenta (Cabanais, 1999). Estudos realizados com indivíduos entre os 65 anos e os 85 anos sugerem que estes tendem a apresentar uma maior estabilidade em funções cognitivas como o conhecimento e a sabedoria; bons níveis de plasticidade e de funcionamento psicossocial; reservas cognitivas e emocionais; elevados níveis de bem-estar pessoal e de adaptação dos objectivos de vida; e uma melhor manutenção da forma física e mental do que indivíduos

com mais de 85 anos (Ackerman, 2000; Baltes & Staudinger, 1999; Schaie, 2001; Baltes & Smith, 2003). Já estes últimos tendem a manifestar perdas consideráveis no potencial cognitivo e na plasticidade, níveis elevados de disfuncionalidade e multimorbilidade, resultando numa maior vulnerabilidade à doença; prevalência da depressão e demências; maior dificuldade em manter níveis elevados de funcionamento psicológico; aumento dos sintomas de stress crónico, de fragilidade e de dependência; reduzida capacidade de aprendizagem; diminuição da sensação de felicidade; declínio nas relações das suas redes sociais; e atribuição de débil sentido à vida (Friedrich, 2003; Gerstorf, Smith, & Baltes, 2006; Baltes & Smith, 2003). A passagem para a quarta idade, depende, portanto, do grau de funcionalidade que o indivíduo consegue manter. Há indivíduos que na sétima década de vida manifestam problemas de saúde física e/ou mental, com incapacidades semelhantes às de outros na oitava década. Por isso mesmo, tão ou mais importante do que a idade cronológica isolada, é a sua integração no ciclo de vida e as repercussões de outras variáveis no envelhecimento (Birren & Schroots, 1996).

A compreensão da fase da velhice tem-se alterado devido ao aumento da esperança média de vida e ao surgimento de uma nova categoria ou subcategorias com especificidades distintas (daí a relevância da distinção entre envelhecimento normal e patológico ou entre primário e secundário). Contudo, é de ressaltar que apesar de a idade cronológica ser uma referência na delimitação dos períodos ou estádios de vida, não é um marco rígido em relação aos processos diferenciais do envelhecimento. Como se pode constatar, há indivíduos que apresentam numa outra idade características específicas de um determinado período.

Independentemente dos critérios adoptados para a definir, importa atentar como a velhice e o ser pessoa idosa foram consideradas na história do Homem desde os primeiros registos escritos.

### **2.3. A pessoa idosa na história**

O processo de envelhecimento, a velhice e as características do indivíduo idoso têm sido retratados nas artes e literatura desde a antiga China, Índia, Mediterrâneo Leste (babilónios, hebreus), Grécia e Roma Antigas (Prieto, 1999; Salgado, 2000). Há registos oriundos do Egipto, cerca de 3000 a.C., onde se considerava que viver mais de cem anos era o prémio de uma vida equilibrada e harmoniosa; em Israel, maltratar os pais era um crime que podia ser punido com a morte; na China, a

pessoa idosa era (é) sábia, pelo que a velhice sempre foi vista como o período mais belo da vida. Confúcio (551 – 479 a.C.) defendia que o exemplo estava nos mais velhos e havia que os auscultar. Estas e outras obras dos últimos 5000 anos relacionadas com esta temática foram analisadas por Freeman (1979), no livro “Envelhecimento, história e literatura”. O autor constatou que a inquietação com o envelhecimento e a morte esteve sempre patente ao longo da história. Temas como a longevidade, vulnerabilidade, mortalidade, relações intergeracionais e atitudes perante a velhice foram abordados na mitologia, lendas, costumes, provérbios, ensaios, obras literárias, filosóficas e científicas (Zacharewicz, 2003). Os maiores expoentes da caracterização e descrição da velhice foram divididos em três períodos históricos (Férendez-Ballesteros, 2000): precursores, antecedentes científicos e consolidação do estudo do envelhecimento e da velhice.

### **2.3.1. Precursores**

Os ideais gregos e romanos tiveram uma grande influência na forma como se perspectiva a pessoa idosa e o envelhecimento na actualidade. Em geral, prestava-se culto à beleza, força e juventude, pelo que a velhice era relegada para um segundo plano. Hesíodo (VIII a.C.) falava de um povo que vivia centenas de anos sem envelhecer. Homero (VII a.C.) enaltecia a juventude tanto na “Ilíada” como na “Odisseia”, apesar de atribuir à velhice virtude e sabedoria. Sócrates (470 – 399 a.C.) afirmava que não queria chegar a velho com o receio de ficar surdo, cego e com falta de memória. Platão (427 – 347 a.C.), por outro lado, defendia na “República” que a velhice era um período de paz e libertação e que nada seria mais digno do que chegar a uma idade avançada, altura em que o ser humano atinge o auge da prudência, sensatez, astúcia e capacidade de raciocínio. Considerava que as condutas dos mais velhos deveriam ser observadas e imitadas pelos mais novos. Aristóteles (384 – 322 a.C.), discípulo de Platão, considerava que ser pessoa idosa era deprimente e decadente e que essa fase da vida só seria boa sem doenças. No seu livro “Retórica”, argumentava que o ser humano só progride até aos 50 anos; a partir daí passa a ser desconfiado, inconstante, pessimista, melancólico e egoísta. Também Hipócrates (460 – 377 a.C.) apontava para o marco dos 50 anos, quando tem início a velhice e surgem os consequentes desequilíbrios de humores.

Na sociedade romana as pessoas idosas tinham uma outra posição, bastante privilegiada, nomeadamente quanto aos cargos políticos e tomada de decisões. A

figura jurídica de *pater familias* demonstra isso, assim como a denominação 'patrícios', no Senado romano, onde as pessoas idosas eram representativas. Cícero (103 – 43 a.C.), aos 63 anos, escreveu "De Senectute", onde relatava a substituição dos prazeres corporais pelos intelectuais devido às perdas do envelhecimento. Neste sentido, sugeria a distinção entre declínio físico e doença: o primeiro não impede a execução de algumas actividades, mas a segunda já o pode fazer. A doença não era vista como inerente à condição de pessoa idosa. A arte de envelhecer estaria na satisfação que todas as idades encerram e não somente nas características da última fase da vida. As qualidades ou defeitos deviam-se à personalidade do indivíduo e acentuavam-se com a idade. Outro romano, Sêneca (4 a.C. – 65 d.C.) afirmava que a velhice é uma fase boa. Não há decadência, pois tudo é natureza. Na carta "A brevidade da vida" advogava que a verdadeira velhice está relacionada com a sabedoria e não somente com o passar dos anos. Ressaltou a importância do ócio: quem soube aproveitar a vida de forma consciente, terá uma velhice satisfatória. Galeno de Pérgamo (129 – 199 d.C.) escreveu "Gerocomica", onde referia que a velhice encerra em si um processo degenerativo, mas não é uma doença; o declínio começa aos 35 anos, com desequilíbrio dos humores, fleumático, sanguíneo, colérico e melancólico.

Apesar de a velhice descrita nos clássicos se reportar ao quotidiano de indivíduos abonados, a esperança média de vida de então era bastante inferior à actual. Atingir determinada idade era sinal de ter sobrevivido a doenças e guerras e acabava por possuir uma sabedoria, essencial para as gerações vindouras. Nas lendas e histórias hebraicas é comum a grande longevidade dos antigos patriarcas bíblicos (Matusalém, Abraão, Isaac, Jacob), modelos e fruto de bênção divina.

Durante o Cristianismo, a imagem da velhice surgiu na sua componente mais negativa, relacionada com a moral, mas também com a decrepitude, fealdade e pecado (Salgado, 2000). Santo Agostinho, teólogo e filósofo argelino, considerava que a velhice e o pecado conduziam à morte. No Renascimento (XIV-XVI) e Barroco (XVI-XVII) persistiu a ideia da inevitável decrepitude e melancolia e imperava a 'lei do mais forte', reflexo das questões militares. Nestes séculos, embora se verificasse a presença de indivíduos idosos a trabalhar na pintura e escultura - destacam-se Miguel Ângelo (1475-1564), Leonardo da Vinci (1452-1519) e Tiziano Vecellio (1490-1576) - o carácter depreciativo atribuído à velhice manteve-se. Na literatura, Erasmo de Roterdão (1469-1536), teólogo e humanista holandês, escreveu o "Elogio da loucura", onde considerava que a loucura era o único remédio contra a velhice; esta era uma carga, e a morte uma necessidade. Michel de Montaigne

(1533-1592), escritor humanista francês, dedicou um capítulo da sua obra "Ensaio" à velhice. Considerava que o normal é o ser humano envelhecer, enfraquecer e adoecer, e que poucos são os que chegam a esta fase. Shakespeare (1564-1616), dramaturgo inglês, na sua obra "O Rei Lear", retratou um indivíduo que chega à velhice sem glória. Descreve os seus caprichos, soberba, desilusões, insegurança, saudades, sem a sabedoria e humildade que a idade lhe deveria ter dado.

### **2.3.2. Antecedentes científicos**

A partir do século XVII começam a surgir os primeiros trabalhos científicos sobre o envelhecimento humano. Francis Bacon (1561-1626), filósofo e ensaísta inglês, é considerado o primeiro investigador científico da área da gerontologia. No seu livro "História natural da vida e da morte" discorreu sobre a longevidade, relacionando-a com as condições de higiene, médicas e sociais; um espírito jovem num corpo velho poderia fazer regredir a evolução da natureza. Também Benjamin Franklin (1706-1790) jornalista, diplomata e cientista iluminista americano, procurou desvendar as leis subjacentes ao processo de envelhecimento para que o pudesse reverter. Apesar de as pessoas idosas continuarem a ser discriminadas, Johann Wolfgang Goethe (1749-1832), escritor, cientista e filósofo alemão, na sua obra "Fausto" escreveu que o indivíduo não se deve deixar abater pelos anos, mesmo se já for um indivíduo idoso e fraco, pois é sempre possível encontrar o amor. Arthur Schopenhauer (1788-1860), filósofo alemão da corrente irracionalista, em "Aforismos sobre a sabedoria da vida" comparou a velhice com as outras fases da vida, abordando questões como tempo, memória, sabedoria, sexualidade, processo de construção do conhecimento e morte. O conhecimento mais complexo de si e dos outros seria apanágio da velhice e a decadência física que ocorre com o envelhecimento acaba por preparar o indivíduo para a morte. Nos seus trabalhos biométricos, Adolphe Quetelet (1796-1874), astrónomo, matemático e sociólogo belga, considerado o pai da gerontologia, procurou analisar a evolução da vida humana e a relação entre diversas variáveis como a idade, peso, profissão e situação económica no seu livro "Sobre o homem e o desenvolvimento das suas faculdades". Francis Galton (1832-1911), antropólogo e estatístico inglês, seguidor de Quetelet, analisou as diferenças individuais em relação às características físicas, sensoriais e motoras no "Estudo sobre as faculdades humanas e seu desenvolvimento". Jean Martin Charcot (1825-1893), neurologista francês, procurou analisar as causas e as consequências do envelhecimento no organismo no seu "Estudo clínico sobre a senilidade e doenças crónicas". Até ao século XIX a velhice



foi, pois, também abordada à luz da incapacidade para trabalhar, tendo como consequência a impossibilidade do indivíduo ser autonomamente financeiro.

Entre o início do século XIX e início do século XX poucos autores se debruçaram sobre esta temática em termos filosóficos. Corresponde à emergência do Positivismo, onde a experimentação se destacava. A investigação focou-se principalmente nas transformações fisiológicas e perdas do organismo. O termo gerontologia é aplicado, em 1903, por Michel Metchinikoff (1845-1916), sociólogo e biólogo russo, sucessor de Pasteur e Prémio Nobel de Medicina e Fisiologia em 1908; em 1909, o termo geriatria é utilizado por Ignatius Leo Nascher (1863-1944), pediatra americano e fundador da Sociedade de Geriatria de Nova Iorque em 1912 (Zacharewicz, 2003). Uma década mais tarde, Stanley Hall (1844-1924), psicólogo americano, editou a obra "Senescência - a última metade da vida", onde procura compreender a natureza e funções da velhice. Contraria a crença de a velhice ser o reverso da infância, sendo um dos principais resultados do seu estudo o conceito de que as diferenças individuais são maiores na velhice do que nas restantes fases da vida. Ivan Pavlov (1849-1936), médico russo, nos seus estudos sobre condicionamento animal, sugeriu que os organismos mais velhos apresentam um condicionamento mais lento devido a uma menor capacidade de condução das vias nervosas. Nesta época proliferaram estudos sobre a criança, com o desenvolvimento de teorias e de pesquisas normativas e, até à quarta década do século XX, pouco se tinha estudado sobre a vida adulta e a velhice em comparação com os anos seguintes.

### **2.3.3. Consolidação do estudo do envelhecimento e da velhice**

Os trabalhos de Marjory Warren (1897-1960), médica inglesa, a partir de 1935, são considerados por muitos como o primórdio da geriatria moderna. Estabeleceram os princípios básicos da intervenção gerontológica, tendo sido a primeira estudiosa a debruçar-se sobre a necessidade e a importância de uma avaliação geriátrica.

Quatro anos mais tarde, Edmund Cowdry (1888-1975), citologista americano, publicou "Problemas de envelhecimento", onde sugeria que no tratamento das condições médicas e físicas da idade deveriam considerar-se os aspectos psicológicos e sociais. Também em 1939 foi fundada a primeira associação de investigação do envelhecimento, Clube de Investigação sobre o Envelhecimento. Na década seguinte verificou-se um interesse crescente nesta área: em 1946 foi aprovada a especialidade de geriatria em Inglaterra e fundadas a Sociedade de

Geriatría Americana, Sociedade de Gerontologia da América e o Departamento da Maturidade e Velhice da Associação de Psicologia Americana; em 1947 foi fundada a Sociedade Britânica de Geriatria; em 1950 foi criada a Sociedade Internacional de Gerontologia, na Bélgica; e em 1954 foi cunhado o termo 'gerontologia social' por Clark Tibbitis (1903-1985), assessor do Comissário para o Envelhecimento dos Estados Unidos da América. Ainda, nesta altura, surgiu o termo 'terceira idade', que procurava apresentar uma visão menos estereotipada do que o termo 'velho'.

A partir dos anos 1950, vários países europeus começaram a enfrentar um processo de transição demográfica, com o aumento da população mais idosa. Passou a haver um interesse manifesto na resolução de questões individuais e colectivas nas áreas da saúde, educação e segurança social. Simone de Beauvoir (1908-1986), escritora existencialista francesa, escreveu várias obras onde abordava o tema de diferentes perspectivas: "Uma morte suave" (reflexões sobre a morte da própria mãe), "A velhice" (compreensão das modificações biológicas, estudo antropológico e posicionamento existencial da autora) e "A cerimónia do adeus" (reflexões sobre os últimos anos de vida de Jean-Paul Sartre). Burrhus F. Skinner (1904-1990), estudioso americano da psicologia comportamentalista, publicou "Viva bem a velhice – aprendendo a programar a sua vida", baseado na sua vivência pessoal e na teoria que desenvolveu: para que o indivíduo possa viver da melhor maneira esta fase 'mais negra' da vida, há que controlar o ambiente e as relações. Norberto Bobbio (1909-2004), filósofo e jurista italiano, no "O tempo da memória" e "Diário de um século" abordou a velhice enquanto continuidade da vida: esta fase não é uma cisão, mas sim uma continuação das anteriores. Discorreu sobre a sabedoria, produção intelectual, memória, tempo e morte.

No campo da investigação científica destacou-se um grande número de estudiosos como Achenbaum, Baltes, Bigs, Binstock, Birren, Bytheway, Coupland, Featherstone, Fry, Hepworth, Hummel, Kahn, Katz, Lehr, Moody, Neugarten, Nolan, Palmore, Ryff, Rowe, Salthouse, Schaie, Schroots, Wernick, entre outros. Predominou a preocupação com a meia-idade, relacionada com a saída de casa dos filhos, relações familiares, reforma, satisfação na velhice, identidade e auto-estima. O interesse geral por esta temática reflectiu-se na realização de uma Assembleia Especial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento, na Áustria em 1982; o ano de 1999 foi considerado pela Organização das Nações Unidas como o Ano Internacional do Idoso, e em 2002 teve lugar a Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Espanha.

Em Portugal, em 1951 foi fundada a Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia e decorreu o 1.º Congresso Português de Geriatria. Três décadas mais tarde, em 1980, realizou-se o 2.º Congresso Português de Geriatria/1.ªs Jornadas Luso-Espanholas de Geriatria. Em 1998 surgiu a Associação Portuguesa de Psicogerontologia, dedicada às questões biopsicológicas e sociais do envelhecimento e das pessoas idosas.

Pode verificar-se, assim, como a pessoa idosa e a velhice foram sendo perspectivadas ao longo da história. Constata-se contudo que uma das características que permanece é aquilo que se denomina *idadismo*, o preconceito e discriminação que ocorre entre indivíduos de diferentes idades em função dos anos que têm.

### 3. Idadismo e velhismo

A noção de idadismo foi sofrendo alterações quanto aos elementos que a compõem e descrevem. Foi definido em 1969 por Robert Butler, primeiro director do Instituto Nacional do Envelhecimento dos Estados Unidos da América, que o considerou como o “processo de estereotipificação e discriminação sistemático relativo a idosos, baseado somente no critério da idade” (Butler, 1969: 243). A discriminação baseada na idade (idadismo) significa a assumpção da pessoa idosa como diferente e inferior quando comparada com as mais novas (Beauvoir, 1977). Será através deste processo de discriminação, centrado na idade cronológica, que certas características negativas e (in)capacidades serão atribuídas aos indivíduos mais velhos (McMullin & Marshall, 2001). Tais propriedades, que categorizam as pessoas idosas de uma forma simplista e generalizada reflectem-se, assim, num conjunto de relações sociais que as discrimina e estereotipa (Minichiello, Browne, & Kendig, 2000).

Uma década mais tarde, em 1978, Butler descreve este conceito através de três aspectos distintos e inter-relacionados. A noção de idadismo passa a revestir-se de outra amplitude (Wilkinson & Ferraro, 2002):

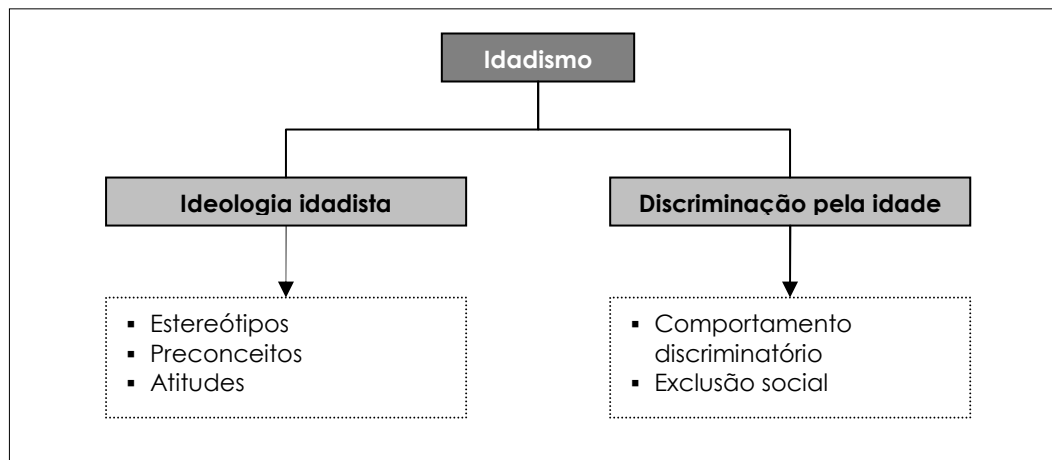
- Atitudes preconceituosas para com as pessoas idosas, a velhice e o processo de envelhecimento (provenientes, também, de pessoas idosas);
- Práticas discriminatórias contra pessoas idosas;
- Políticas e práticas institucionais que perpetuam estereótipos sobre pessoas idosas, interferindo com uma (im)possível satisfação com a vida e debilitando o seu sentido de dignidade.

Esta análise espelha, deste modo, um elemento comum a todos os autores (apesar de não serem totalmente consensuais) (Palmore, 2003): a discriminação negativa para com pessoas idosas. Esta traduz-se na atribuição de preconceitos em relação às pessoas idosas, associadas a características negativas e em contraponto às jovens, a quem são associadas especificidades positivas (Levy & Banaji, 2002; Perdue & Gurtman, 1990). O preconceito implica discriminação, que engloba atitudes e comportamentos negativos para com as pessoas idosas (Butler, 1969; Greenberg, Shimel, & Martens, 2002). Congrega a componente afectiva (atitudes), a cognitiva (estereótipos) e a comportamental (discriminação e predisposição comportamental para evitar os mais velhos) (Dovidio et al., 1996; Kite & Wagner, 2002; Neto, 1998). A essas três componentes acrescentam-se as observações, comentários preconceituosos e atendimento deficiente na prestação de serviços.

Posteriormente, sublinha-se a ocorrência do idadismo em dois contextos colaterais: o pessoal e o institucional (APA, 2005; Schroots, 2003; Wilkinson & Ferraro, 2002). Ao reconhecimento de quatro componentes inerentes ao idadismo (a afectiva, a cognitiva, a comportamental e a pessoal/institucional), adiciona-se uma outra dimensão, a sua natureza, tendo este conceito vindo a ser definido num sentido mais lato. Passa a descrever-se idadismo tendo em conta não apenas elementos negativos, mas também positivos - tanto contra como a favor de uma determinada faixa etária -, podendo ocorrer entre pessoas de diferentes idades. Não se dirigem apenas às pessoas mais velhas, mas podem também partir das mais velhas para com as mais novas (Levy & Banaji, 2002; Hagestad & Uhlenberg, 2005; Neto, 2004; Palmore, 1999; Schroots, 2003).

Emergiram assim duas novas características, pelas quais se passou a perspectivar o conceito de uma forma multidimensional. Envolve valências negativas ou positivas, que podem ser direccionadas no sentido inverso, denominadas ideologia idadista e discriminação pela idade (McMullin & Marshall, 2001; Palmore, 1999) (Quadro 7).

**Quadro 7 – Dimensões do idadismo**



(Adaptado de McMullin & Marshall, 2001; Palmore, 1999)

A *ideologia idadista* inclui a presença de estereótipos, preconceitos e atitudes, todos negativos ou todos positivos, em relação a uma determinada faixa etária: todas as pessoas idosas são senis ou todas as pessoas idosas são sábias e ponderadas; todos os adolescentes são inconscientes ou todos eles estão na flor da idade; todas as crianças ignoram o mundo e a vida ou a sua inocência é sempre encantadora.

A *discriminação pela idade* envolve um comportamento inapropriado para com membros de uma faixa etária, incluindo a sua exclusão ou inclusão, devido à sua idade cronológica apenas. Ocorre quando se é colocado em situações desvantajosas, como será o caso da reforma compulsiva por causa da idade, da entrada obrigatória na maioridade para efeitos de responsabilidade civil ou quando prevalece o 'ainda não ter idade para...'. Contudo, também ocorre quando se é favorecido por já se ter determinada idade. Será o caso da promoção e aumento de salário por antiguidade, que continua a ser uma discriminação pelos anos de vida: os mais velhos são beneficiados não pela competência, mas pelo tempo de trabalho numa instituição, o que está relacionado com os anos de vida (Cavanaugh, 1993). Neste caso, são os mais novos os prejudicados, não pela falta de mérito, mas pela idade. Apesar de se revestir de uma natureza positiva (discriminação positiva, favorecendo os mais velhos), continua a centrar-se no factor idade (inalterável) e não no procedimento e capacidade dos indivíduos.

Assim, resultante das duas novas características - ideologia idadista e discriminação pela idade - ao idadismo passou a associar-se elementos negativos, positivos ou neutros e a estender-se o conceito a novas faixas etárias. Para além do idadismo

intergeracional (bidireccional) - discriminação em sentido inverso, dos mais velhos em relação aos mais novos (infantismo, adolescentismo e adultismo) - passou ainda a considerar-se a sua ocorrência na mesma faixa etária (onde se inclui o velhismo). É o idadismo intrageracional, que se verifica com mais frequência à medida que os indivíduos vão envelhecendo (Giles & Reid, 2005).

Actualmente, assiste-se ao chamado *novo idadismo*, caracterizado pela preocupação, no discurso quotidiano, em se evitar qualquer declaração idadista (McVittie, McLinlay & Widdicombe, 2003). Este fenómeno ocorre a par dos restantes *-ismos*, onde se incluem o novo sexismo ou novo racismo. Na linguagem e comportamento actuais está patente um desmesurado cuidado em não 'ferir susceptibilidades', onde a equidade é exaltada. Trata-se, muitas vezes, de uma diferente roupagem do mesmo fenómeno: as diferenças são sentidas, os juízos mantêm-se, mas de forma encoberta. Pretende revestir-se com uma aparente natureza positiva aquilo que se considera negativo.

A vertente do idadismo que irá ser abordada no presente estudo será o velhismo (Ribeiro, 2007). Ou seja, as imagens e atitudes em relação às pessoas idosas (sejam jovens-idosas, idosas-idosas e muito-idosas), tanto por indivíduos da mesma como de faixas etárias mais novas (65 anos ou menos). Interessa estudar as imagens do envelhecimento e da velhice na perspectiva dos mais novos e das próprias pessoas idosas.

### **3.1. Origem do velhismo**

Desde a sociedade pré-histórica até à agrária, as pessoas idosas eram tratadas com uma certa deferência em virtude da sua experiência. Eram consideradas guardiãs da sabedoria, das tradições e da história da sua comunidade. Professoras das gerações vindouras, eram quem transmitia conhecimentos essenciais à sobrevivência da comunidade. Contudo, a posterior modernização das sociedades, que teve lugar ao longo dos últimos dois séculos, acarretou grandes mudanças sociais, económicas e demográficas. Estas reflectiram-se tanto no funcionamento de sistemas, como a família ou a religião, como se repercutiram nas alterações de valores e padrões de comportamento relacionados com o envelhecimento e a velhice. Apesar de haver alguma controvérsia quanto ao espaço temporal em que se iniciou o declínio do prestígio das pessoas idosas, considera-se que houve dois grandes momentos que concorreram para a sua emergência (Achenbaum, 1995; Bengtson, Kasschau, & Ragan, 1977; Nelson, 1995;

Palmore, 1999): o da invenção da tipografia e impressão e o da industrialização e consequentes movimentos migratórios. Veja-se então como estes dois acontecimentos contribuíram para o aparecimento e prevalência do velhismo.

Em 1460, Johannes Gutenberg (1398-1468) concluiu a sua maior obra: imprimiu o primeiro livro, a Bíblia. Este feito ficou marcado na história da humanidade, mas foi também um ponto de viragem para o prestígio e estatuto das pessoas idosas. O que até então era somente por elas transmitido oralmente, passou a estar acessível através da leitura. A cultura, a tradição e a história das comunidades passaram, deste modo, a ser reproduzidas em grandes quantidades e com pormenores. Este engenho teve tanto impacto que, em algumas sociedades, verificou-se não só uma drástica redução mas o desaparecimento completo da importância atribuída às pessoas idosas (Nelson, 2005).

Cerca de três séculos mais tarde, com o processo de modernização das sociedades, teve lugar o segundo momento no declínio do prestígio das pessoas idosas, a industrialização. Esta acarretou um crescimento da economia de mercado, o que remodelou a estrutura de poder social existente (McGowan, 1996; Bytheway, 1995). Nos séculos XVIII e XIX prevalecia ainda uma sociedade pré-industrial, onde imperavam actividades como a pastorícia, agricultura e artesanato, para as quais a força de trabalho humano era imprescindível. Os indivíduos executavam as diversas etapas de produção e todos eram considerados aptos para realizar as tarefas necessárias à sobrevivência quotidiana, independentemente da sua idade, excepto se padecessem de alguma doença ou existisse algum outro impedimento (Easterlin, 1995). Mas esta foi também uma época de grandes avanços na ciência, tecnologia e saúde pública. Em consequência, observou-se uma alteração gradual na organização social em termos demográficos e industriais. Houve uma redução no número de nascimentos e um aumento da esperança de vida, que teve como resultado o envelhecimento demográfico. A sociedade de então deparou-se com o fenómeno do crescimento de uma parte da população, que passou a ser considerada não contributiva à luz das novas transformações trazidas pela Revolução Industrial: as pessoas idosas (McGowan, 1996; Nelson, 2005).

O processo de industrialização iniciou-se em Inglaterra em 1760; no resto da Europa, América do Sul e Ásia teve lugar a partir de 1850. A ciência produziu inovações cruciais para além da já utilizada energia a vapor: a energia eléctrica, descoberta por Thomas Edison (1847-1931) e o motor de combustão interna, por Rudolf Diesel (1858-1913). Com a passagem do artesanato para a manufactura e desta para a

mecanização, verificou-se a substituição do trabalho humano e ferramentas pelas máquinas, alterando o processo produtivo. O trabalhador não só deixou de possuir todos os meios de produção enquanto agricultor ou artesão, como passou a executar apenas uma etapa da elaboração de uma peça. Registou-se, nesta altura, uma grande deslocação da população rural mais jovem para os centros urbanos, ficando os mais velhos nas aldeias ou periferias.

Esta transição da era pré-industrial para a industrial e económica acarretou transformações nas competências exigidas aos trabalhadores: os conhecimentos e experiência dos indivíduos mais velhos deixaram de ser relevantes perante uma nova realidade de produção (McGowan, 1996). Os mais idosos, que apresentavam menos escolaridade, eram considerados menos capazes para apreender novas formas de trabalho. Os novos processos técnicos e tarefas deles resultantes acarretaram menor procura dos trabalhadores mais velhos, cujos conhecimentos se tornaram obsoletos. As pessoas idosas que insistissem em laborar eram encaminhadas para trabalhos que exigiam somente tarefas repetitivas e desprovidas de competências específicas. Eram vistas pelos empregadores e colegas mais novos como pouco inovadoras e criativas, um estorvo e inúteis, um obstáculo ao progresso económico (Easterlin, 1995). Passaram a ser votadas ao desdém, menosprezadas quanto ao seu papel económico tradicional e desvalorizadas no contributo social e cultural. Esta conjuntura acarretou múltiplas mudanças sociais para as pessoas idosas, em particular uma gradual perda de prestígio social. Pode verificar-se o peso deste novo imperativo em algumas das medidas que foram adoptadas por Frederick Taylor (1856-1915) na organização do trabalho industrial da sua fábrica: o papel predominante era desempenhado pelos técnicos (qualificados pela escolaridade) e existia grande preocupação em seleccionar e formar os trabalhadores mais novos, relegando os mais velhos para último plano.

O velhismo é fortalecido, deste modo, pelo surgimento dessa nova organização de poder da sociedade. A emergente classe mercantilista, em nome da modernização, passou a aplicar um critério que se revelou fatal: a idade. Neste contexto, agudizou-se o conflito intergeracional, com fortes implicações na promoção de estereótipos e preconceitos em relação às pessoas idosas. Assistiu-se, assim, ao despontar no mercado de trabalho do favoritismo e valorização das não-idosas.

Esta postura, que teve um papel preponderante na manutenção do velhismo, entendeu-se até ao presente. A atribuição de características negativas à idade e



de inutilidade às pessoas idosas permanece nos dias de hoje. De par com o desenvolvimento tecnológico, outros factores contribuem para a sua actual existência nos vários sectores da sociedade. Presentes em várias áreas da organização social e laboral, podem apontar-se diversas justificações (Cuddy & Fiske, 2002; Palmore, 1999; Traxler, 1980): aumento da esperança de vida e diminuição do número de nascimentos, criação de novos empregos, migração dos mais jovens para centros urbanos, massificação da escolaridade, metodologia da investigação inicial em Gerontologia, glorificação da juventude, cultura da produtividade, baixos rendimentos e diminuição do estatuto social e medo da morte.

*(a) Aumento da esperança de vida e diminuição do número de nascimentos*

O ritmo de crescimento da população idosa portuguesa (tal como de todos os países desenvolvidos e em desenvolvimento) é acentuado, com particular destaque nas faixas etárias mais avançadas (INE, 1999, 2009). O número de pessoas idosas mais do que duplicou nos últimos 40 anos, o que resultou num alargamento do topo da pirâmide etária. Se em 2008 os indivíduos com 65 anos ou mais perfaziam 17,4% da população portuguesa, prevê-se que em 2060 sejam 32%. Em 2007, por cada 100 jovens havia 114 pessoas idosas; em 2060 antevê-se mais do que a duplicação desse número, passando para 271 pessoas idosas. Manter-se-á, assim, esta tendência de envelhecimento demográfico, particularmente acentuada pelo facto de as gerações mais velhas representarem um maior volume e apresentarem uma maior longevidade expectável. Este acréscimo da percentagem da população idosa deve-se, sobretudo, ao aumento da população muito idosa (mais do que 80 anos): se em 2008 perfaziam 4,2%, prevê-se que em 2060 essa percentagem triplique, perfazendo 13,3% da população portuguesa.

Quanto ao número de nascimentos, verifica-se na actualidade uma tendência para alguma recuperação dos níveis de fecundidade: 1,33 crianças por mulher em 2008, para 1,55 crianças em 2060. Contudo, a sua diminuição foi acentuada entre 1960 e 2001, período em que se passou de 213 895 para 112 825 de nados-vivos, e se traduziu numa variação negativa de 36% na população jovem portuguesa (0-14 anos), assim como num acréscimo de 140% da população idosa (65 anos ou mais). Estes números repercutir-se-ão nas próximas décadas, pelo que se prevê que o índice de sustentabilidade potencial (número de indivíduos em idade activa por

cada pessoa idosa) diminua: se em 2007 era de 3,8 activos para 1 pessoa idosa, prevê-se para 2060 a relação de 1,8 activos para 1 pessoa idosa.

O acréscimo da esperança de vida resulta, desta forma, num maior número de indivíduos não produtivos e durante mais anos, o que aumenta o *ratio* entre indivíduos inactivos e activos. Perspectivados como 'um peso social' pelas faixas etárias activas, esta situação gera uma certa celeuma. Algumas medidas adoptadas em prol das faixas etárias mais velhas têm sido contestadas, em particular por o seu financiamento provir das contribuições efectuadas pela actual população activa. Tal fenómeno social começa já a fazer-se sentir na maneira como se encara a velhice e na reorganização das respostas sociais, o que pode revestir-se de algum perigo: na distribuição dos recursos há que assegurar meios de subsistência às pessoas idosas e proporcionar-lhes qualidade de vida. De referir que, no outro extremo, começa a esboçar-se um movimento social com peso político, se bem que ainda não representativo em Portugal: o denominado 'poder grisalho' (*grey power*) (Bengtson, Kasschau, & Ragan, 1977). Em defesa dos direitos das pessoas idosas, este movimento pugna por mais recursos na área da saúde, segurança social (pensões e reformas), recreação e ocupação dos tempos livres.

#### *(b) Criação de novos empregos*

A criação de alguns novos empregos exige conhecimentos específicos e com uma vertente tecnológica para os quais as pessoas idosas estão pouco preparadas, principalmente as que têm baixas qualificações académicas. De facto, muitas não acompanham os actuais avanços, o que lhes retira o poder que antes detinham: o conhecimento. Como tal, há uma tendência para se verificarem manifestações velhistas no acesso a empregos que exigem competências envolvendo a aplicação de tecnologia mais recente.

#### *(c) Migração dos mais jovens para centros urbanos*

A migração para os centros urbanos tende a redundar na centralização na família nuclear (em detrimento da família extensa) e consequente distanciamento entre gerações: as relações intergeracionais tendem a diluir-se, sendo menor a participação directa nas tarefas do dia-a-dia, como o ajudar nos cuidados aos filhos ou aos netos. Apesar de alguns estudos sugerirem que as pessoas idosas mantêm uma forte ligação com os seus familiares (Schaie & Willis, 2001) (por

telefone, por exemplo, e cada vez com maior frequência, pela internet) acabam por não partilhar tantas actividades. Deste modo, constata-se o surgimento, em paralelo, de duas realidades: por um lado, os indivíduos mais novos tendem a preocupar-se mais com a carreira e educação dos filhos; por outro lado, os mais velhos deixam de ser encarados como figuras de referência e conhecimento e as suas preocupações acabam por se centrar mais no seu dia-a-dia, em particular na saúde (Bengtson, Kasschau, & Ragan, 1977). Estas circunstâncias resultam na quase inexistente interacção entre as gerações, que pressupõe atenção e conhecimento entre os familiares de várias idades. Essa inexistência facilita, assim, mais condições para que o velhismo prospere entre os mais novos.

#### *(d) Democratização da escolaridade*

A democratização da escolaridade permitiu aos indivíduos seguir a sua vocação, deixando de ter lugar a tradicional perpetuação do ofício familiar. Para exercer uma profissão, deixou-se de depender da transmissão dos saberes que era feita pelos familiares mais velhos. A escola pública passou a cumprir essa função e com a particularidade de se optar pelos conhecimentos que mais interessam a cada um. Nesta sequência, verificou-se a perda da relevância dos saberes dos mais velhos e a consequente desvalorização dos próprios, que antes da democratização (e massificação) da escolaridade eram ainda bastante considerados.

#### *(e) Metodologia da investigação inicial em Gerontologia*

Grande parte da investigação inicial na área da Gerontologia estudou com particular destaque as pessoas idosas que se encontravam institucionalizadas, tendo extrapolado de forma hipotética os resultados para as pessoas idosas em geral. Sabe-se que uma parte considerável da população idosa institucionalizada tende a manifestar uma sintomatologia de natureza patológica muito pronunciada, que não deve ser associada ao processo de envelhecimento normal (Hansson & Carpenter, 1994). Tal extrapolação, sob o domínio da ciência, teve como consequência um reforço de juízos negativos na sociedade, em relação às pessoas idosas e à fase da velhice.

*(f) Glorificação da juventude*

Este fenómeno, com grande relevância na actualidade, associa a juventude à produtividade, beleza e vitalidade. Neste sentido, a glorificação da juventude implica a valorização dos indivíduos jovens em detrimento dos idosos, aos quais são associadas as características inversas (entre outras): inutilidade, fealdade e fragilidade. Este facto reforça o denominado 'mito da juventude' e conduz a uma discriminação da população idosa, e no qual o velhismo encontra fortes alicerces e campo de acção.

*(g) Cultura da produtividade*

Todas as condições que promovem o velhismo na sociedade traduzem uma dimensão social e cultural bem enraizada nas crenças e padrões culturais de hoje (McGowan, 1996; Schroots, 2003): o individualismo e a competição económica. E a cultura da produtividade não foge à regra, mediante a qual se considera que ambos os extremos do ciclo de vida são considerados não produtivos (crianças e pessoas idosas). No entanto, as crianças são vistas como o potencial futuro económico, pelo que há que investir nelas. Já as pessoas idosas são associadas ao declínio e à dependência, e vistas como representantes do oposto daquilo que é desejado: o indivíduo enquanto ser dinâmico, autónomo, produtivo e competitivo. Esta percepção dos recursos humanos, numa óptica de cálculo economicista, retira inevitavelmente lugar às pessoas idosas, prevalecendo o velhismo.

*(h) Parcos rendimentos auferidos e diminuição do estatuto social*

Em Portugal, a população idosa é um dos grupos mais desfavorecidos em termos económicos, registando as taxas mais elevadas no que respeita à incidência, severidade e intensidade da falta de recursos (INE, 1999). Em 1995, o índice de pobreza segundo as condições de vida era de 36,6% nos agregados com pessoas idosas, cujas receitas médias líquidas se situavam abaixo do valor estabelecido para a linha da pobreza (INE, 2002). Apresentavam piores condições (5,31 euros) quando comparados com os agregados sem pessoas idosas (7,58 euros) ou com o total da população (6,65 euros) (INE, 1999). Actualmente, os agregados constituídos por casais de idosos ou pessoas idosas a viver sós são os que apresentam uma maior situação de pobreza (4,79 euros - 71% do rendimento médio, e 4,57 euros - 68% do rendimento médio, respectivamente). A principal fonte de rendimento das

peessoas idosas provém de pensões (45,6% do total). Desta forma, se na idade activa podiam já auferir proventos reduzidos, na altura da reforma verifica-se uma grande discrepância em relação à média da restante população, o que conduz a um baixo poder compra e de pouca opção social. Os poucos rendimentos acabam, assim, por se reflectir na diminuição do estatuto social das pessoas idosas. Esta situação é passível de dar lugar a manifestações de velhismo, pois pode dar origem a uma maior e mais grave notória perda de prestígio e influência social do que as já existentes.

#### (i) *Medo da morte*

São as sociedades ocidentais aquelas que sentem em particular o medo da morte, muito influenciadas pelas religiões aí professadas. A velhice, conceptualizada como o final do ciclo da vida, significa o fim do indivíduo. Enquanto nas sociedades orientais a vida e morte fazem parte de um ciclo contínuo, assumindo-se a existência de vidas posteriores (e anteriores), no ocidente a morte representa o término da existência do indivíduo. Uma vez que aqui a velhice é associada ao fim da vida, perspectivando velhice e morte como quase análogas, as manifestações velhistas emergem e perpetuam-se com facilidade.

As possíveis condições e justificações enunciadas para a manifestação do velhismo traduzem as actuais perspectivas predominantes. Porém, é importante tecer algumas considerações que possibilitem também uma outra leitura da velhice. De alguma forma relacionada com a significação da morte, verifica-se a existência de sociedades em que a chegada à terceira idade é ainda sinónimo de ascensão social. Fala-se da sociedade nipónica ou indiana, onde impera o respeito por quem já viveu muitos anos e passou por diversas provas de vida (considerado, por isso, sábio e experiente). Por outro lado, começa a emergir nas sociedades ocidentais modernas um número considerável de pessoas idosas que apresentam em simultâneo características contrárias às enunciadas: bons níveis de saúde, de escolaridade e de poder económico. Por fim, interessa ainda referir que com o avançar do conhecimento científico sobre o envelhecimento, algumas das questões avançadas começaram a ser ultrapassadas (como a associação da improdutividade à velhice).

Em seguida, atente-se nas dimensões e características que constituem o conceito de velhismo.

### 3.2. Dimensões e características do velhismo

As manifestações velhistas podem assumir diferentes formas no plano pessoal ou institucional. Neste sentido, a exclusão ou inclusão dos indivíduos podem ocorrer no contexto de gerontofobia, de gerontofilia e de gerontocracia (Bytheway, 1995; Palmore, 1999; Kart & Kinney, 2001) (Quadro 8).

**Quadro 8 – Três dimensões do velhismo**

<b>Gerontofobia (Velhismo pessoal negativo)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temor (ir)racional em relação às pessoas idosas e velhice</li> </ul>
<b>Gerontofilia (Velhismo pessoal positivo)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extrema afeição pelas pessoas idosas e velhice</li> </ul>
<b>Gerontocracia (Velhismo institucional positivo)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liderança dos indivíduos mais velhos</li> </ul>

(Adaptado de Bytheway, 1995; Palmore, 1999; Kart & Kinney, 2001)

No âmbito do velhismo pessoal, inscrevem-se tanto a gerontofobia como a gerontofilia; já o velhismo institucional assume posição na gerontocracia.

A *gerontofobia* caracteriza-se pelo temor (ir)racional em relação às pessoas idosas e à velhice e situa-se no extremo do velhismo negativo (manifestado por atitudes negativas para com as pessoas idosas). Já quanto à *gerontofilia*, que também decorre no plano do velhismo pessoal, trata-se do oposto, da máxima afeição e respeito pelas pessoas idosas e pela velhice, representando o extremo do velhismo positivo. Nas sociedades modernas ocidentais a gerontofobia tende a ser muito frequente, ao contrário das orientais, onde a presença da gerontofilia reflecte o respeito pela idade. Por fim, o terceiro contexto, o da *gerontocracia*, diz respeito à liderança da sociedade por indivíduos idosos. Os exemplos mais conhecidos tiveram lugar na Grécia Antiga, regida por homens com mais de 60 anos, assim como nalgumas tribos existentes na África Oriental (Gulliver, 1968; citado em Palmore, 1999). Por vezes conotada com valores e regras retrógrados e conservadores (por imperar e prevalecer a opinião das pessoas idosas), a gerontocracia é um exemplo extremo de discriminação positiva dos mais velhos.

A imposição, quer da exclusão quer da inclusão dos indivíduos, tanto pode ter lugar dentro dos grupos aos quais o indivíduo pertence (endogrupos), como provir dos grupos nos quais não está presente (exogrupos).

### **3.2.1. Endogrupo versus exogrupo**

Apesar de o idadismo (infantilismo, adolescentismo, adultismo ou velhismo) ocorrer por vezes de forma não intencional, defende sempre os interesses de uma dada faixa etária, desvalorizando as necessidades e interesses das restantes. Neste contexto, fala-se da distinção entre o grupo de pertença, o endogrupo, e o grupo externo ao qual não se pertence, o exogrupo. Por exemplo, uma rapariga sabe que um dos seus endogrupos é o do género feminino.

As relações entre os elementos do endogrupo tendem a caracterizar-se por um elevado nível de familiaridade, intimidade, confiança e interesses comuns. Percepcionam-se e descrevem-se de uma forma mais completa e profunda do que em relação aos elementos do exogrupo. Quando consideram a sua conduta afirmativa, tendem a auto-atribuir-se características positivas diversificadas, fazendo referência a um maior número de subgrupos: apontam uma maior quantidade de dimensões distintas dentro do grupo e utilizam mais categorias abstractas de linguagem. Em contrapartida, o exogrupo já é percebido como mais homogéneo (Fiske, 2000; Neto, 1998; Páez, 2004). Há um pendor para a parcialidade, simplificação, generalização, justificação ou racionalização do comportamento dos elementos do exogrupo. Constatam-se que na formação de juízos de valor subjaz uma natureza consensual e mais rígida, o que resulta na formação de estereótipos com mais facilidade. Todavia, quando a situação a isso os impele, tendem a acentuar as diferenças de cariz negativo nos elementos do exogrupo. Em geral, há tendência para se desenvolverem sentimentos de hostilidade, de agressão, de indiferença e de sensação de superioridade para com esses elementos (Matsumoto & Juang, 2004). Tal situação poder-se-á justificar pela ausência de afinidade com esses indivíduos, ou seja, pelo baixo nível de familiaridade ou de contacto directo na relação intergrupar.

Deste modo, a qualidade da relação intergrupar que se estabelece acaba por sofrer a interferência da suposta homogeneidade atribuída aos elementos do exogrupo. A interacção dá-se em função da pertença do outro a um exogrupo (e da atribuição de homogeneidade) e não das características particulares manifestadas pelos indivíduos. O relacionamento com os membros do exogrupo concretiza-se, assim, de forma mais superficial, em contraponto a uma mais positiva com os membros do endogrupo (que são caracterizados de uma maneira mais individualizada).

Existem duas propriedades de juízo social que estão na origem e desenvolvimento das relações intergrupais (Páez, 2004):

- A de competência ou instrumentalidade - associada ao poder, riqueza e estatuto dos grupos;
- A de sociabilidade - expressividade ou frieza no contacto social.

Em grupos com baixo estatuto social, é frequente encontrar-se a tendência para se assumirem como inferiores em termos de competência ou instrumentalidade, quando se comparam com outros grupos (exogrupos) de elevado estatuto; no entanto, tendem a considerar-se mais afectuosos e solícitos. Tal circunstância ocorre tendencialmente, por exemplo, entre as pessoas idosas relativamente aos adultos activos: perspectivam-se como menos capazes, mas julgam-se mais afáveis. Por vezes, esta dualidade no julgamento também se verifica não apenas na relação baixo/elevado estatuto social, mas na relação endogrupo/exogrupo: quando os elementos do exogrupo cooperam e não constituem uma ameaça para os elementos do endogrupo, constata-se, inclusive, algum favoritismo. É caso de quando os adultos activos consideram que 'as pessoas idosas até são mais pacientes!'. Esta percepção já se modifica ao surgir um conflito social. Se existe, por exemplo, competição por recursos, contestam-se as supostas desigualdades de tratamento. Aquando das novas medidas governamentais tomadas em prol das pessoas idosas, teve lugar uma certa contestação por parte dos indivíduos em fase de vida activa.

Todos os indivíduos pertencem a vários grupos em simultâneo, ou seja, possuem vários endogrupos (a colectividade do bairro, o grupo desportivo, o religioso, o musical, ...); por outro lado, também sentem a discriminação e a pressão por parte dos elementos dos exogrupos (os do outro bairro, os do grupo desportivo rival, ...). Esta diversidade de endogrupos e exogrupos dá origem a diversos *-ismos*, isto é, os indivíduos acabam por sentir variadas limitações por fazerem parte ou não desses grupos. Assim, o *idadismo*, como já referido no presente estudo, é mais um outro *-ismo*, a par do *sexismo*, *racismo*, *classismo*, *heterossexismo* e *etnocentrismo* (Bytheway, 1995; Bullock, 1995; Butler, 1969, 1989; Matsumoto & Juang, 2004; Neto, 1998; Palmore, 2004). Contudo, há um factor que diferencia o *velhismo* dos restantes *-ismos*: com o passar do tempo todos os indivíduos, agora do endogrupo, serão membros do actual exogrupo discriminado (pessoas idosas). Há um processo evolutivo na discriminação, o que não acontece, salvo raras excepções, nos



restantes -ismos (pode dar-se o caso, por exemplo, de haver a mudança de sexo). Atente-se nos infantismo, adolescentismo ou adultismo: já se foi criança, adolescente e adulto de meia-idade e, agora que já não se pertence a essas faixas etárias, estas podem ser criticadas. Mas no caso do velhismo, essa evolução segue uma outra direcção: com o avançar da idade, todos os indivíduos estarão na mira dessa discriminação e sofrerão os seus efeitos (Greenberg, Shimel, & Marten, 2002). É por este motivo que os denominados antivelhistas nomeiam esta situação como absurda, uma discriminação incongruente: estigmatiza-se uma característica que é inevitável e comum a todos os seres vivos (Tadd, 2000). A interpretação do 'eu' e do 'nós' em contraposição aos 'outros' (elementos do endogrupo *versus* elementos do exogrupo) é efémera (Bytheway, 1995; Fiske, 2000; Hagestad & Uhlenberg, 2005).

Sustentadas nessa demarcação vincada do 'eu' e 'nós' (pessoas não-idosas) em relação aos 'outros' (pessoas idosas), estão as acções velhistas, muitas vezes tomadas sem consciência. Vários desses pensamentos, sentimentos e comportamentos operam fora da dimensão da consciência, controlo e intenção dos indivíduos. Nestas circunstâncias, tem lugar o que se denomina *cognição social implícita*, podendo falar-se, assim, de velhismo implícito (Levy, 2001; Levy & Banaji, 2002; Perdue & Gurtman, 1990). Este conceito de velhismo implícito relaciona-se com estereótipos e procedimentos discriminatórios subentendidos, maioritariamente negativos, e que sustentam grande parte das interacções das pessoas não-idosas com as idosas. Por exemplo, é habitual imputar-se à velhice a causa de certos comportamentos que são comuns a todas as faixas etárias: quando as pessoas idosas se mostram vacilantes é porque são débeis; quando se esquecem do nome de alguém é porque são senis. Esta percepção, do âmbito do velhismo implícito, é veiculada ao longo da vida dos indivíduos em variados aspectos sociais, seja em contactos pessoais seja institucionais (Greenberg, Shimel, & Martens, 2002; Levy & Banaji, 2002; Butler, 1989).

Esta diferenciação implícita do velhismo leva a que os indivíduos tentem, com algum custo, diferenciar-se das características em que se baseia a categorização dos grupos discriminados. Nas culturas ocidentais podemos identificar a aparência física (ser-se mais ou menos atraente), o comportamento (ser-se mais ou menos coerente com as normas da sociedade), os traços da personalidade e os papéis profissionais (Fiske, 1993; citado em Páez, 2004). Quanto mais atraente, enérgico e produtivo, mais facilmente se é aceite. Neste sentido, os indivíduos que não queiram aparentar a idade que têm, podem sempre recorrer a simulações. Poderão, até, apresentar características distintas ou alterar as que menos se

ajustam e são mais criticáveis. O facto de não se assumir a idade cronológica e características inerentes acaba por fomentar o velhismo, ou seja, corrobora o processo de perpetuação da estratificação dos indivíduos pela idade.

### **3.2.2. Estratificação pela idade**

Todas as sociedades têm, implícita ou explicitamente, diversas hierarquias baseadas em categorias como género, família, zona de residência, profissão e rede social, pelo que a idade não é excepção. A discriminação com base na idade traduz-se numa estratificação específica, isto é, num sistema que classifica e categoriza os indivíduos pelos anos de vida, o que se reflecte nas divergências intergeracionais (Riley, 1995; citado em Palmore, 1999).

Como já referido anteriormente no presente estudo, nas sociedades gerontocráticas o estatuto mais elevado pertence às pessoas idosas, a quem os mais jovens têm que honrar. Pelo contrário, nas actuais sociedades ocidentais, quem detém mais poder são os indivíduos de meia-idade (Palmore, 1999). Este sistema, cuja base reside na consequente 'natural' hierarquização de estratificação pela idade (à excepção, talvez, do cargo de Presidente da República), é uma forma de velhismo. Neste sentido, pode falar-se de normas da idade, assim como de conflito de gerações.

Considera-se como *normas da idade* os níveis de sucesso que um indivíduo deve atingir consoante a idade que tem. Padronizadas pela sociedade, constituem as expectativas sobre o normal ou adequado comportamento, obrigações e privilégios que os indivíduos de uma determinada faixa etária (ou numa fase da vida) devem manifestar (Back, 1995, citado em Palmore, 1999). Por exemplo, espera-se que as crianças vão à escola e que obedeçam aos pais; que as pessoas idosas se reformem e cuidem da sua saúde. Dependendo de como são perspectivadas, estas normas podem ou não assumir um carácter idadista: se forem lesivas ou pouco realistas perante uma dada faixa etária, está-se perante uma forma de idadismo.

No que concerne ao *conflito de gerações*, Palmore (1999) considera que se trata da forma mais extrema que o idadismo pode assumir numa organização social. Comum a todas as sociedades, resulta da reclamação de recursos comuns e da defesa de valores específicos por parte dos diferentes grupos etários. Um grupo em desvantagem reclama poder e bens, enquanto que o grupo em vantagem procura defender-se e conservar esses privilégios. Causado por uma variedade de

factores - estereótipos sustentados em desigualdades, receio de o seu grupo ficar em desvantagem, inexistência de laços afectivos entre os elementos de diferentes gerações, presença de desrespeito, diferenças intergeracionais - o conflito de gerações fortalece a separação social das diferentes faixas etárias (Moragas, 2003). Essas contendas tendem a promover a estratificação pela idade, que se repercutirá em diversas áreas como a política, o local de trabalho, a educação ou mesmo a família.

As diferenças intergeracionais devem-se, em muito, à hierarquia social que cada sociedade adopta: quanto mais rígidas e resistentes forem as normas da idade e mais arraigado for o conflito de gerações, mais discrepâncias terão lugar. Contudo, esta diferenciação também acaba por ser reguladora da ordem social. De facto, verifica-se que nas comunidades em que as diferenças entre gerações são mais patentes, há uma maior concordância quanto ao sistema básico de valores e uma escassa divergência quanto ao comportamento que é esperado pelas diferentes gerações (Giles & Reid, 2005).

As acções velhistas têm, portanto, mais propensão para ocorrer quando determinadas condições se reúnem e tornam possível a sua manifestação; mas, independentemente da sociedade, veja-se como se podem formar e perpetuar.

### **3.3. Formação e perpetuação do velhismo**

A formação e perpetuação do velhismo podem ter lugar em dois contextos diferentes: aquando das atitudes negativas para com as pessoas idosas ou aquando das atitudes negativas do indivíduo em relação ao próprio envelhecimento (Bytheway, 2005; Butler, 1975; citado em Marco & Delgado, 2005).

Com base na perspectiva inicial e mais linear de Butler (1969), em que o velhismo se fundamenta na aparência física, Bytheway (2005) considera que os sinais de envelhecimento biológico (seja nos mais novos ou mais velhos) exercem um forte impacto nos indivíduos. E que à idade que alguém aparenta, tende a associar-se um maior ou menor grau de discriminação, relacionada com determinados conflitos sociais. Quanto mais velho parecer, mais marginalizado o indivíduo tende a ser. Este autor defende que as gerações mais novas sentem aversão e preconceito em relação às pessoas idosas, percebendo-as como distintas de si. Este autor também sustenta que, em simultâneo, a idade cronológica é um indicador relevante de comportamentos sociais, a partir da qual o indivíduo constrói a sua identidade e a dos outros. Neste sentido, Bytheway alerta para o

facto de o velhismo poder emergir em duas situações: quando se julga alguém por aparentar ser pessoa idosa ou quando se julga alguém por se comportar de forma (não) adequada à sua idade cronológica. A primeira circunstância pode revelar-se enganadora: a aparência é menos precisa do que os anos exactos que o indivíduo tem. Apesar de ser esta a condição mais utilizada no quotidiano na construção de categorias de idade (idade em que se deixa de ser criança ou que se passa a ser adulto), Bytheway (2005) argumenta que a categorização pela idade cronológica é mais rigorosa e menos flexível do que a categorização baseada na aparência. Independentemente do critério em que a discriminação se sustenta, verifica-se que as atitudes velhistas não só são adoptadas em desfavor das pessoas idosas em geral, mas também em relação ao próprio envelhecimento, como se de uma 'autocrítica' se tratasse (Schonfield, 1982). São direccionadas aos outros ou então a si mesmo, por o próprio indivíduo estar a envelhecer. Em geral, este último caso tende a ter lugar quando o medo da doença e da morte está presente, seja qual for a idade que se tiver.

Neste sentido, reconhece-se a existência de quatro processos psicológicos que influenciam o surgimento ou não da discriminação e velhismo (Palmore, 1999): a ignorância, a personalidade autoritária, o sentimento de frustração-agressão e a racionalização.

- Ignorância - a investigação sugere que quanto menos se sabe sobre o processo de envelhecimento e suas particularidades, mais atitudes negativas se tem. É o caso de se atribuir à preguiça o que depende do organismo, que já não consegue fazer tanto esforço. Em contrapartida, quanto mais informação, mais os estereótipos negativos tendem a diminuir.
- Personalidade autoritária - pensa-se existir uma relação entre atitudes preconceituosas e insegurança. Os indivíduos inseguros tendem a ser mais rígidos, autoritários, intolerantes, sugestionáveis e crédulos.
- Sentimento de frustração-agressão - sabe-se que a frustração é causa frequente de atitudes hostis e que pode ser direccionada contra elementos ou grupos minoritários mais vulneráveis. A escolha desses alvos justifica-se por serem mais indefesos e nem sempre pela existência de estereótipos que justifiquem moralmente a sua conduta. É o caso da animosidade para com as pessoas idosas (faixa etária que reúne até as duas condições). Em tempos de crise económica, por exemplo, verifica-se a tendência para se considerar que as pessoas idosas são uma enorme despesa para as contas

públicas, associando-as aos estereótipos de que são doentes e não produtivas. De facto, a principal razão dessa acusação será a frustração resultante do mal-estar provocado pela diminuição na qualidade de vida, não se valorizando o auxílio que prestam no seio da família em termos financeiros, físicos e emocionais.

- Racionalização - fenómeno comum nas relações interpessoais revestidas de preconceito e discriminação. Trata-se da atribuição de uma justificação considerada lógica a um comportamento pouco justo ou igualitário, sem se compreender ou reconhecer o verdadeiro motivo que originou esse comportamento. A racionalização observa-se, de forma recorrente, na relação das pessoas não-idosas com as idosas. Por exemplo, os profissionais de saúde podem racionalizar a sua negligência para com as pessoas idosas, dizendo que as queixas apresentadas se relacionam com sintomas naturais da idade, não reconhecendo que poderão não ter conhecimentos específicos na área da geriatria e gerontologia. Há aqui um comportamento que se autojustifica através de argumentos que encobrem outras razões. Contudo, encontra-se também em diferentes reacções e ideias, por vezes camufladas, de deliberadamente evitar posturas velhistas. Por exemplo, na forma de comunicar: escolhem-se as palavras e o teor do discurso intergeracional que não melindrem quando se fala com ou sobre pessoas idosas (*novo velhismo*, já referido anteriormente neste estudo) (Cuddy & Fiske, 2002; Wilkinson & Ferraro, 2002).

Estes quatro processos contribuem, assim, tanto para a formação (ou não) de atitudes velhistas, como também dão azo à sua perpetuação. Atente-se nos efeitos que podem implicar.

### **3.4. Efeitos do velhismo**

Sabe-se que generalizações, independentemente da sua orientação, revestem-se de uma vantagem funcional: simplificam o dia-a-dia dos indivíduos (Moscovici, 1963, 2000). Se a realidade estivesse sempre a modificar-se, teria de haver uma aprendizagem constante e exaustiva. Todos os indivíduos constroem generalizações, para as quais é muito frequente o recurso inconsciente à categorização e evocação automáticas (já referidas anteriormente no presente estudo) (Fry, 1995). As generalizações tanto podem ser impressões necessárias num

primeiro contacto, como regras rígidas e inflexíveis, reunindo todas as condições para a ocorrência de atitudes velhistas (Matsumoto & Juang, 2004).

Seja em que contexto for, Cheung, Chan, & Lee (1999) consideram que as atitudes velhistas atentam contra as normas éticas e científicas, incorrendo-se em dois grandes riscos. Um primeiro refere-se ao minar dos princípios éticos e democráticos e às suas consequências para a sociedade (e, em particular, para as pessoas idosas). O ideal democrático assenta em que cada indivíduo deve ser julgado pelo seu mérito e não pelas características atribuídas ao seu grupo (baseadas no género, na raça e etnia ou na idade, por exemplo). Quando, em função da idade, tem lugar um tratamento diferenciado, viola-se o princípio democrático do direito à liberdade e o princípio ético da igualdade no trato. Promovem-se conflitos intergeracionais, contribuindo para o abuso das pessoas idosas, o que prejudica a ordem social. Um segundo risco relaciona-se com o embuste do pressuposto em que o conceito de velhismo se sustenta: a suposta homogeneidade. Sabe-se, todavia, que a população idosa é mais heterogénea do que a das restantes faixas etárias nas dimensões cognitiva, física e social.

Importa, contudo, perceber a forma como se lida com os efeitos do velhismo no quotidiano e como eles afectam as interações entre os indivíduos. O impacto do velhismo tem lugar, deste modo, em três instâncias: nas pessoas idosas (indivíduos-alvo), nas não-idosas (na forma como vêem as pessoas idosas e o seu envelhecimento) e nas relações sociais.

#### **3.4.1. Efeito do velhismo nas pessoas idosas**

A investigação sugere que, quando sujeitos a manifestações velhistas, as pessoas idosas tendem a apresentar o comportamento de quem é diferenciado. Estudos realizados sobre percepções velhistas, positivas ou negativas, apontam para que estas exerçam influência sobre as crenças, atitudes e comportamentos de todos os indivíduos (Hummert et al., 2004; Levy, 2001; Kane, 2004; Pasupathi, Carstensen, & Tsai, 1995; Ryan et al., 2004; Stein, Bhanchard-Fields, & Hertzog, 2002). Por sua vez, vão condicionar e determinar a forma de actuação, interferindo sobretudo no dia-a-dia dos indivíduos-alvo dessas crenças, atitudes e comportamentos, as pessoas idosas. O grupo dominante (das não-idosas) pressupõe, assim, um padrão de comportamentos esperados nas pessoas idosas, aquilo que elas podem ou não podem fazer. Quando interiorizado, esse padrão surte um efeito negativo, com repercussões ao nível da qualidade de vida, do bem-estar e do sentido de

competência: conduz à insatisfação; fomenta a inactividade e passividade social; reduz a auto-estima; reforça o sentimento de inutilidade e de perda de controlo; limita oportunidades de mostrar competência; e afecta o desempenho em testes de memória (Hummert et al., 2004; Kane, 2004; Ryan et al., 2004; Stein, Blanchard-Fields, & Hertzog, 2002). Como todos os indivíduos que sejam alvo das diversas formas de discriminação, as pessoas idosas acabam, deste modo, por tender a adoptar um comportamento em conformidade com a expectativa negativa que existe sobre si. Esta restrição de uma participação mais activa, de acesso a experiências sociais significativas e de realização de actividades consideradas úteis pelos restantes reflecte-se, portanto, tanto ao nível individual como na perda de vida social (McGowan, 1996). Em termos de integração, esta atitude traduz-se em exclusão, mas também em auto-exclusão social.

Podem identificar-se as quatro respostas mais comuns das pessoas idosas quando confrontadas com manifestações velhistas (Palmore, 1999) (Quadro 9): aceitação das atitudes discriminatórias, negação da idade, fuga à pressão, e correcção de atitudes discriminatórias. Todas estas respostas podem ter efeitos prejudiciais.

**Quadro 9 – Quatro respostas mais comuns das pessoas idosas ao velhismo**

<b>Aceitação de atitudes discriminatórias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agir em conformidade com o velhismo</li> </ul>
<b>Negação da idade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anulação das circunstâncias e história de vida</li> </ul>
<b>Fuga à pressão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitamento de circunstâncias ou atitudes velhistas</li> </ul>
<b>Correcção de atitudes discriminatórias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminação das atitudes velhistas discriminatórias</li> </ul>

(Adaptado de Palmore, 1999)

Sabe-se que quando expostos a estereótipos positivos, as pessoas idosas tendem a demonstrar mudanças também positivas nessas áreas. Reagem de acordo com as expectativas geradas, consumando o fenómeno da 'profecia que se auto-realiza' ou da confirmação comportamental (Cuddy & Fiske, 2002; Jussim & Fleming, 1996). Como consequência, verifica-se a formação de auto-estereótipos positivos (Matsumoto & Juang, 2004). No entanto, a investigação também sugere que o fenómeno da confirmação comportamental ocorre no sentido inverso e com muito

mais frequência: a exposição a atitudes velhistas conduz à sua interiorização e à tendência para agir em conformidade com o que é esperado mediante a idade. Resulta, assim, na *aceitação das atitudes discriminatórias*, a primeira das respostas mais comuns. As pessoas idosas acabam por adoptar com as não-idosas formas de comunicação verbal e não verbal que corroboram e reforçam os aspectos negativos (como uma pior capacidade de memorização, menor auto-eficácia e menor vontade de viver) (Levy, 2001).

A *negação da idade* é outra das respostas mais comuns. Está patente, por exemplo, no omitir ou mentir sobre a idade, no não aceitar a passagem para o grupo das pessoas idosas, no procurar conviver forçosamente com pessoas mais novas ou no recorrer obstinadamente a produtos e técnicas anti-envelhecimento. Esta resposta é uma consequência do 'mito da juventude', onde o sucesso é associado à idade jovem, beleza e saúde (já anteriormente referido no presente estudo) (Butler, 1989; McGoan, 1996). Quem não possuir estas características dificilmente será respeitado, sendo, até, penalizado. Atribuem-se conotações negativas ao processo de envelhecimento, ou seja, percebem-se negativamente as características inerentes e naturais numa pessoa idosa: os aspectos externos e internos da velhice não são vistos como partes do todo que constitui o ser humano (Andrews, 1999). Surge, então, um falso dualismo, um conflito entre dois contextos entendidos como separados: o corpo que acusa a inevitável passagem do calendário e o espírito que pode permanecer jovem. Em relação ao primeiro aspecto não há muito a fazer, por mais cuidados ou tratamentos estéticos que se façam. Mais tarde ou mais cedo os sinais do envelhecimento far-se-ão sentir; já em relação ao segundo, verifica-se o cultivo da hipotética transcendência da idade e a possibilidade de se prolongar a juventude no plano da personalidade. Alimenta-se uma questão falaciosa, a ilusão de se conseguir arredar, de alguma forma, a velhice e suas inerências. Esta 'máscara' do envelhecimento traduz o dualismo de um corpo que envelhece e que não está em sintonia com o seu eu *subjectivo* (Featherstone & Hepworth, 1996). O estado de velhice como que desaparece, dando lugar à aversão por quem se comporte como pessoa idosa, por quem não se esforce por lutar contra os efeitos do tempo.

Esta perspectiva dá azo a uma tendência actual, que consiste em se imputar à pessoa idosa a responsabilidade pelos problemas ou dificuldades que sente (McGowan, 1996). Se uma pessoa idosa está infeliz por ter mudado de sua casa para um lar, deve-se à sua teimosia e inflexibilidade, apesar de essa infelicidade poder ser justificada pelas circunstâncias. Perfilha-se, assim, um ângulo de



avaliação onde todos os comportamentos 'idosos' são percebidos e classificados como 'desventurados' (Nelson, 2002). A pessoa idosa é, portanto, encarada como a responsável pelo seu desajustamento e inadaptação. A culpabilização da vítima é, então, inerente ao velhismo.

A negação da idade, associada à não-aceitação das circunstâncias inerentes, gera a anulação da própria história de vida das pessoas idosas, das suas memórias e vivências. Estas, que deveriam ser uma mais-valia na relação com os outros, acabam por ser anuladas, o que Andrews (1999) denomina 'esquizofrenia induzida socialmente'.

A terceira das respostas mais comuns, a *fuga à pressão*, caracteriza-se pelo evitamento, por parte das pessoas idosas, das atitudes discriminatórias. A constante tendência da sociedade para a exclusão social dos mais velhos conduz a que estes acabem por limitar, de forma consciente ou inconsciente, o seu acesso a fontes vitais (físicas ou emocionais) para os indivíduos em geral, como por exemplo o contacto social. Surgem, assim, consequências nefastas para as pessoas idosas, relacionadas com prováveis problemas de saúde ou dificuldades intergeracionais (Cuddy, Norton, & Fiske, 2005). Esta evidência é bem perceptível nos vários comportamentos adoptados, como o isolamento por opção, a excessiva protelação de tarefas, o abuso de álcool ou drogas, a tomada de decisões arriscadas e até o suicídio (Cuddy, Norton, & Fiske, 2005; Palmore, 1999). Quanto a este último, na realidade, são as pessoas idosas com mais de 75 anos quem tende a apresentar a taxa de suicídios mais elevada (Di Mauro et al., 2003; Gilbert, 2004).

A última resposta mais comum, a *correção de atitudes discriminatórias*, constitui a antítese das três respostas anteriores. Neste caso, a pessoa idosa procura modificar ou eliminar as atitudes discriminatórias que os outros têm para consigo. Acontece, por exemplo, quando tenta demonstrar que uma pessoa idosa não é necessariamente dependente ou incompetente, executando certas actividades que o corroborem. No entanto, é inevitável não sentir, num momento ou outro, a angustiante sensação que a sociedade promove: a de se encontrar enclausurado num corpo envelhecido.

### **3.4.2. Efeito do velhismo na pessoas não-idosas**

Segundo a literatura, o comportamento dos indivíduos tende a ser mais positivo em relação ao endogrupo e menos favorável em relação ao exogrupo (Tajfel & Turner, 1986; citado em Matsumoto & Juang, 2004). Tal processo acaba por permitir a

manutenção de uma identidade social positiva e um aumento da auto-estima dos elementos do endogrupo, em contraponto às percepções mais desfavoráveis que se têm dos elementos do exogrupo (neste caso, os indivíduos idosos). Contudo, em paralelo com este aspecto, tem lugar um outro fenómeno: a figuração da ameaça representada pelas pessoas idosas.

Uma das premissas do velhismo é que as pessoas idosas personificam o declínio e a dependência, evocação da inevitável condição de seres mortais. Sustenta-se no medo e na negação da própria morte, que todos acabam por perpetuar mesmo sem consciência disso (Hurd, 1999; Levy & Banaji, 2002). As pessoas idosas, representantes da ameaça ou sendo a própria ameaça, mostram a imagem do futuro das não-idosas (Greenberg, Schimel, & Martens, 2002; Cuddy & Fiske, 2002): o declínio da beleza e da saúde, o decréscimo das sensações, a diminuição da produtividade e, por fim, a morte. Como consequência, os indivíduos não-idosos tendem a colocar à distância tudo o que diga respeito às pessoas idosas e à velhice, evitando o perturbante ponto de contacto entre o 'eu/nós' com o 'eles'. Fogem a não antever o seu próprio processo de envelhecimento, evitando a ideia de que um dia também poderão ser assim, velhos. Este processo, que origina manifestações velhistas, acaba por reflectir-se também na sua perpetuação.

#### **3.4.3. Efeito do velhismo nas relações sociais**

Uma vez que o velhismo se revela na adopção de comportamentos que conduzem à distância física e psicológica de tudo o que diga respeito à velhice, estes têm repercussões nas relações sociais entre os diferentes indivíduos (Greenberg, Schimel, & Martens, 2002). Um dos comportamentos sociais mais frequente insere-se no plano físico, o de evitar ou minimizar qualquer contacto pessoal com as pessoas idosas. Verifica-se, por parte das não-idosas, uma exclusão dos indivíduos mais velhos (pessoas idosas) da sua esfera social ou profissional, considerando que o seu lugar pertence, somente, aos equipamentos para a terceira idade.

As pessoas não-idosas estabelecem, ainda, uma distância psicológica em relação às idosas, resultante da percepção excessiva das diferenças entre si e estas últimas (pressupondo que possuirão atitudes, interesses, gostos e traços de personalidade muito distintos dos outros indivíduos). É comum encontrarem-se no quotidiano estas percepções, que podem ser implícitas ou explícitas, simples ou complexas, reais ou virtuais. Apresentam-se como exemplo os cartões de parabéns, nos quais é comum a ridicularização da velhice ou as anedotas que se contam sobre pessoas idosas.

São também tratadas com condescendência ou ignoradas, presumindo-se que devido à sua idade são surdas, não compreendem o que lhes é dito ou que são doentes ou velhas demais para um tratamento eficaz (Palmore, 2004). Deste modo, exageram-se as características daquelas que mais se temem, fomentando-se a cisão.

Todavia, sabe-se que quanto mais se adiar a identificação das pessoas não-idosas com as idosos, mais difícil será o desenvolvimento de uma relação de natureza saudável entre todos, com repercussões na preparação das primeiras (não-idosas) para uma boa adaptação aquando da chegada da velhice (Levy & Banaji, 2002).

Neste capítulo abordaram-se os conceitos de envelhecimento e velhice. Distinguiu-se envelhecimento normal de patológico, doença de funcionalidade e de incapacidade, e abordaram-se as diferentes teorias que o descrevem (biológicas, psicológicas e sociais). Considerou-se a idade numa perspectiva de construção social, para além da idade biológica, da idade psicológica, da idade sociocultural e da idade funcional. Fez-se uma breve incursão pelos períodos ou estádios de vida, terminando com o retrato social da pessoa idosa ao longo da história. Por fim, abordou-se o velhismo, que surge associado ao modo como a pessoa idosa é tratada, o que se reflecte não só nas interações intergeracionais como também nas intrageracionais. Explanaram-se as suas dimensões, o processo de formação e perpetuação, assim como os seus efeitos nas pessoas idosas, nas não-idosas e nas relações sociais.

## Capítulo 2 – Imagens do envelhecimento e da velhice

---

### Introdução

A forma como numa sociedade o envelhecimento e a velhice são perspectivados reflecte-se na sua estrutura e, em particular, nas oportunidades de participação ou na distribuição dos recursos. A noção de idade, nas suas diversas naturezas, possui diferentes significações, que acabam por definir estatutos e normas de comportamento consideradas adequadas. Daí emergem as imagens do envelhecimento e da velhice, que podem assumir naturezas distintas (Ribeiro, 2007): imagens mentais (estereótipos), imagens sociais (preconceito, discriminação e atitudes) ou imagens culturais (mitos, crenças, tabus - pensamento colectivo multigeracional).

Em geral, a construção das imagens dominantes tem relação directa tanto com o contexto histórico como social e económico em que elas surgem. São imagens negativas, positivas, neutras, ou outras ainda com elementos negativos e positivos em simultâneo (ambivalentes), que em relação ao observador traduzem a não-linearidade observada. Por um lado o discurso sobre o envelhecimento e a velhice assenta amiúde num enfoque homogeneizador, centrado em doenças e vulnerabilidades. Por outro, constata-se que essas imagens podem coexistir, no mesmo indivíduo, com outras mais positivas, que consideram o envelhecimento e a velhice também uma fase e um processo de sabedoria, acalmia e estabilidade emocional.

## 1. Imagens: conceito

O termo imagem tem origem latina, *imago*, que significa representação de um objecto ou de uma pessoa e surge relacionado com o verbo *imitari* e pode apresentar diferentes configurações Mersmann (2003) sugere seis:

- A imagem de signo - pictograma;
- A imagem de mediação - ícone, pintura, representação religiosa;
- A imagem de artefacto - pintura na madeira, metal, barro, marfim;
- A imagem de representação - pintura abstracta ou pintura não representativa, como extensão ou transformativa da realidade;
- A imagem tecnológica - analógica, electrónica e digital, onde se inclui a fotografia, o filme, a televisão, o vídeo;
- A imagem verbal - tropolinguística, que envolve a metáfora, a imagística, a alegoria, a personificação, a metonímica, a poesia e o texto.

Quando aplicado ao quotidiano do ser humano, o conceito de imagem relaciona-se com aquilo que é externo e visível (como o corpo), mas também com ideias (arquétipos, estereótipos, imaginação, imaginário) (Featherstone & Hepworth, 1996; Mersmann, 2003). Não se reporta somente à reprodução de uma realidade objectiva ('peso 85 quilos'), mas também a uma construção social dessa realidade ('estou gordo demais!').

A formação de uma imagem implica, assim, a interpretação de um objecto na qual cabem aspectos simbólicos e emocionais (Featherstone & Wernick, 1995). Como uma ponte entre matéria e ideia, a formação de uma imagem opera em diferentes níveis, consoante o contexto em que é aplicada. Pode assumir o significado de um prolongamento da percepção ('eu acho que aquele indivíduo deve ter passado a noite em claro, pois está com olheiras'); de um conjunto de informações memorizadas ('fiquei com a ideia de que...'); de um resultado da interacção entre dois indivíduos ('gostei muito da nossa conversa, o que me disse foi muito interessante'); de uma opinião acerca de uma instituição, objecto, contexto ou alguém ('gostei/não gostei de...'); ou ainda da sensação que uma fotografia ou uma pintura possam causar (Moliner, 1996).

É indiscutível que todos os indivíduos formam impressões sobre os outros em função das informações de que dispõem. Esse *retrato* depende do que se supõe acerca do outro, pelo que Moliner (1996) considera existirem três processos que intervêm na elaboração das imagens: o das características implícitas da personalidade, o da percepção e o da atribuição. No primeiro processo, é o conteúdo que determina a imagem enquanto que os dois últimos se relacionam com o funcionamento cognitivo do sujeito, independentemente do conteúdo.

O processo das *características implícitas da personalidade* compreende um sistema de relações entre os traços de carácter e a personalidade do indivíduo observado. A investigação sugere que a apreensão de algumas características do outro indivíduo acaba por ser utilizada na inferência de novas características, mesmo sem terem sido observadas (Elejabarrieta, 1996): se o indivíduo pareceu tímido, também deve ser sensível; se aparentou ser idoso, também deve ser doente e rabugento. Este processo reveste-se de uma natureza *naïve* e irreflectida, uma vez que conduz à formação de imagens enviesadas com base em indicadores não observados.

O processo de *percepção* diz respeito à forma como se recolhem as informações, com as quais se elaboram as imagens sobre os outros. A maneira como funciona essa recolha está relacionada com a categorização que o receptor faz dos estímulos que recebe, ou seja, consoante a percepção e a interpretação assim se classificam as informações. Por este motivo, um mesmo adjectivo pode assumir diferentes contornos. No caso de 'dinâmico', este adjectivo pode assumir um critério distinto se o outro é considerado um 'jovem' ou um 'idoso'. Por outro lado, também as próprias categorizações que o receptor constrói determinam a percepção que vai ter do outro (a imagem que dele forma). Se a velhice for encarada como sinónimo de uma fase da vida sofrida (categorização sobre a velhice), quem tiver cabelos muito grisalhos (percepção de sinais físicos) 'só' deverá possuir características negativas (imagem formada).

O processo da *atribuição* relaciona-se com a tendência para se procurar no comportamento verbal e não verbal (palavras, gestos, olhar) do outro indivíduo possíveis características invariantes, com o intuito de lhes atribuir causas prováveis: se mexe muitos as mãos é porque é nervoso; se não sorri é porque é infeliz ou preocupado. Também neste processo há uma tentativa de extrapolação do conhecimento implícito da personalidade do outro, o que facilita a formação de imagens enviesadas.

Em virtude destes três processos que influenciam a formação das imagens, Denis (1989) considera a existência de quatro funções nessa dinâmica: (i) a imagem figura o objecto em causa (directo ou simbólico); (ii) assegura o tratamento dessa figuração (conduz à distinção entre o conteúdo dessa representação, que se exprime de forma figurativa, e os processos que transformam esse conteúdo); (iii) apoia de forma transitória o desenvolvimento da actividade intelectual; e por fim (iv) fornece a informação necessária para a actividade cognitiva.

Ainda no que diz respeito à imagem pode falar-se de *imagem visual*, que exerce um forte impacto nos indivíduos. É comum, mesmo numa conversa trivial, que seja associada uma imagem visual ao discurso. Veja-se, como exemplo, as metáforas seguintes, em que para maior clareza se evocam imagens visuais: 'aquele rapaz é o sol da minha vida!' ou 'está tão triste que parece ter uma nuvem negra em cima!'. De facto, uma mensagem veiculada através de uma afiguração visual provoca mais impacto, pois exige do receptor uma certa actividade na sua interpretação. Isto sucede porque essa imagem possui determinadas propriedades que facilitam essa actividade (Moliner, 1996):

- Contempla a figuração - representação através de uma imagem, fotografia ou pintura;
- Implica a emoção - sentimento vivido pelo receptor consoante o significado que lhe atribui. Por exemplo, uma placa com o símbolo de produtos tóxicos causa receio no receptor;
- Implica a polissemia - significado intelectual e valor que cada indivíduo confere à imagem visual. Por exemplo, uma fotografia de uma mulher em fato-de-banho nos países da Europa Ocidental não tem o mesmo significado que em alguns países do Médio Oriente.

As imagens públicas, que variam consoante os padrões da sociedade, acabam por se reflectir e influenciar a interacção entre os indivíduos. No que diz respeito ao processo de envelhecimento, este costuma ser retratado em termos físicos e cognitivos, estando em ambos subjacente uma interpretação social dos traços característicos da velhice. A imagem pública da pessoa idosa e da velhice compreende a existência de cabelo grisalho e rugas, aos quais se atribuem apreciações positivas (um acumular de experiências, sabedoria) e negativas (declínio e doença). Esta interpretação, que resulta da conjugação de certas características associadas ao envelhecimento com as percepções individuais,

traduz-se numa construção do conceito de idade, pessoa idosa e velhice (Featherstone & Hepworth, 1996).

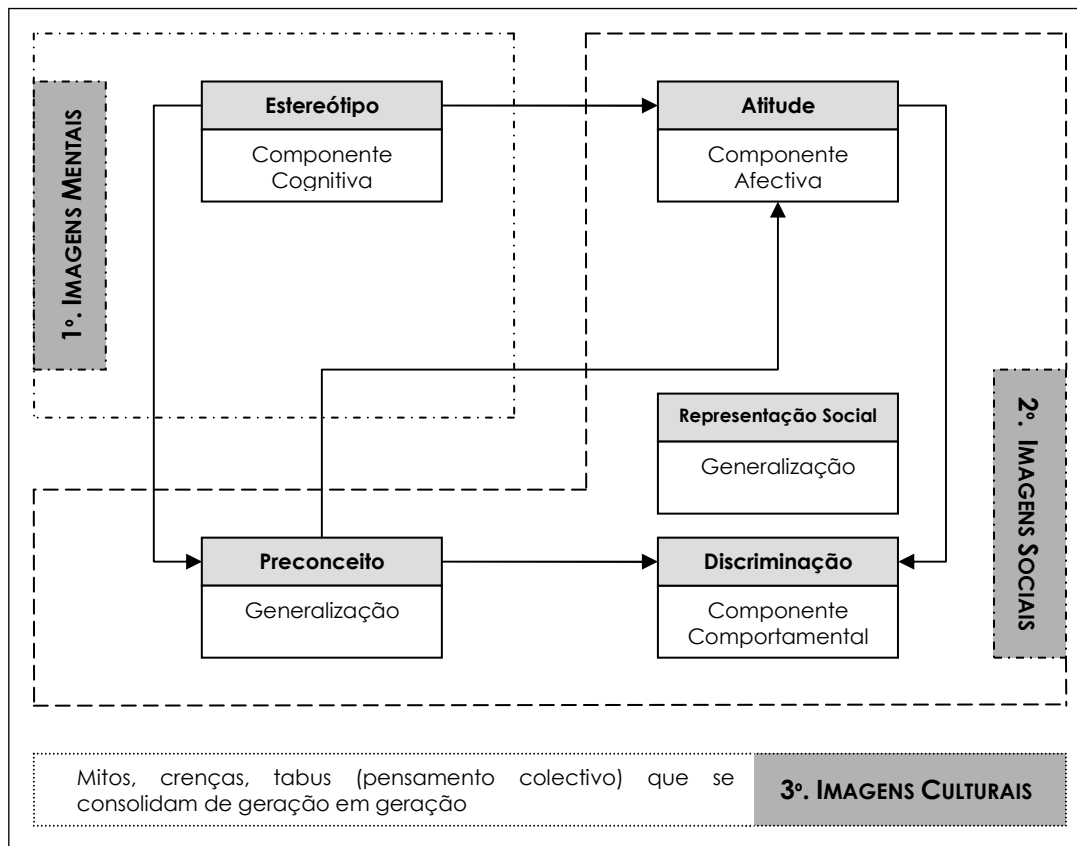
As imagens existentes na cultura ocidental em relação às pessoas idosas tendem mais a evidenciar os aspectos negativos. Mesmo quando se apontam traços positivos, como a da 'perpetuação da meia-idade' e do envelhecimento bem sucedido, continua a haver uma atitude de negação e aversão no que respeita a essa fase da vida (Featherstone & Hepworth, 1996). Interessam para este trabalho estas imagens relativas à velhice (e ao envelhecimento), imagens velhistas, consideradas a nível mental, social e cultural (sempre interligadas) (Ribeiro, 2007) e que podem adoptar uma natureza negativa, positiva ou neutra (ou ambivalente).

### **1.1. Imagens: mentais, sociais e culturais**

O conceito de imagem emerge na literatura e no uso quotidiano envolto noutros conceitos. Há noções que lhe são congéneres, nomeadamente as de estereótipo, atitude, preconceito, discriminação e representação social, que do ponto de vista do comportamento e acção dos indivíduos são dificilmente diferenciáveis. Nesta perspectiva, pode falar-se da existência de uma dimensão geral englobante de imagem. Todas essas noções formam uma base de padrões de pensamento e de interacção com os outros, e cuja identificação e avaliação de impacto são complexas. Porém, apesar de profusamente inter-relacionadas, têm significados diferentes (Quadro 10).



**Quadro 10 - Imagens mentais, sociais e culturais e outros conceitos relacionados**



(Adaptado de Dovidio et al., 1996; Huici & Moya, 1997; Ribeiro, 2007)

No que diz respeito à noção de *estereótipo* (componente cognitiva), constatar-se-á que representa uma generalização consciente do *preconceito*, que corresponde a uma generalização da *atitude* (componente afectiva) e da *discriminação* (componente comportamental) (Dovidio et al., 1996; Huici & Moya, 1997). O estereótipo repercute-se, assim, tanto ao nível das atitudes como da discriminação, cujas componentes podem ou não coexistir. Um indivíduo pode ter um determinado sentimento positivo (*atitude*) em relação a um grupo sem possuir estereótipos em particular, assim como pode ter determinados estereótipos sobre esse grupo e não adoptar qualquer comportamento (*discriminação*). É o caso de simpatizar com os irlandeses somente porque pensa que se assemelham aos portugueses ou de considerar que os russos são bastante cultos mas não manifestar qualquer afeição por eles.

Deste modo, e consoante a relação do conceito de imagem com essas diferentes noções (*estereótipo*, *atitude*, *preconceito*, *discriminação* e *representação social*), optou-se por o dividir em três dimensões distintas e com diferentes componentes (Ribeiro, 2007):

- Imagem mental – na qual se inclui o estereótipo (componente cognitiva);
- Imagem social – na qual se incluem o preconceito (generalização), a atitude (componente afectiva), a discriminação (componente comportamental) e a representação social (generalização);
- Imagem cultural - na qual se incluem o mito, a crença e o tabu (pensamento colectivo).

Nesta categorização transparece o carácter temporal e evolutivo da consolidação das imagens (Ribeiro, 2007). Passa-se a caracterizá-las.

#### **1.1.1. Imagens mentais e estereótipo**

À noção de estereótipo pode associar-se o conceito de imagem mental. Ambos estão relacionados: o primeiro reveste-se de uma natureza cognitiva e a segunda é uma componente do processo de compreensão, que facilita as operações cognitivas (Denis, 1989). Perante a enorme quantidade de informação recebida no dia-a-dia, o indivíduo cria conceitos, categorias e estereótipos para organizar a longo prazo a informação que recolhe na memória através de imagens mentais.

A investigação sugere que a imagem mental se traduz na reprodução ou na antecipação de uma experiência perceptiva, e que está associada à linguagem e à forma como 'pensamos' os objectos (Piaget & Inhelder, 1966; citado em Moliner, 1996). Geralmente definida como um processo interno, é susceptível de servir outros processamentos, como a memorização e a compreensão. Tanto pode ser uma evocação do passado como uma predição do futuro e possui um carácter abstracto, apesar de implicar uma figuração (Denis, 1989). O objecto é susceptível de ser representado cognitivamente pelo indivíduo, de modo conceptual e sob a forma de imagem mental. Este exercício do imaginário é um processo particular de activação (da representação), com duas características: (i) aplica-se de forma selectiva às propriedades figurativas do objecto; (ii) faz-se acompanhar por experiências conscientes, cujo conteúdo subjectivo possui propriedades estruturais similares às da experiência perceptiva real. Contudo, os traços que se consideram não o são obrigatoriamente de forma consciente.

Com frequência, as reacções que os indivíduos manifestam devem-se a uma antecipação imaginativa sobre o acontecimento em causa; as várias hipóteses são ponderadas, pelo que a imagem mental que delas formam é uma representação

tão forte como a situação material que representa. A imagem mental caracteriza-se, também, por exercer um papel decisivo na transformação das informações percebidas. Como é uma operação instantânea, presta-se a manipulações que simulam com realismo as transformações executadas pelo indivíduo sobre o objecto. Essas manipulações, operadas de forma rápida e subtil, permitem que se examinem de forma quase instantânea as várias hipóteses colocadas.

#### (a) Estereótipo

A palavra estereótipo vem do grego *stereos*, que significa forma ou sólido, e *typos*, impressão ou modelo, mas só surgiu na literatura através do livro de James Morier, "As Aventuras de Ali Babá" (*The adventures of Hajji Baba*), em 1824. A sua introdução na área das ciências sociais deveu-se à obra do jornalista político Walter Lippman, "*Public Opinion*", em 1922, a propósito da análise da influência das concepções nacionalistas nas relações políticas internacionais na I Grande Guerra Mundial. O autor considerou o termo estereótipo como o produto de pensamentos errados que conduziam a crenças falsas. O termo refere-se, deste modo, a concepções exageradas, baseadas em generalizações simplistas e inexactas, e sem considerar particularidades individuais (Huici & Moya, 1997; Matsumoto & Juang, 2004; Ory et al., 2003).

Apesar de limitadoras e potencialmente discriminatórias, essas concepções não são necessariamente incorrectas, ilógicas, rígidas ou diferentes de outras generalizações, são esquemas necessários para a organização individual da realidade social (Neto, 1998). Resultam em imagens mentais generalizadas do indivíduo sobre si mesmo e outras pessoas, pressupondo características psicológicas e traços da personalidade (Matsumoto & Juang, 2004). Trata-se, assim de processamento de informação que se converte numa categoria cognitiva onde tem lugar o auto-estereótipo (sobre si mesmo) e o hetero-estereótipo (sobre os outros) (Matsumoto & Juang, 2004). Essa categorização baseia-se em propriedades particulares do objecto observado que para o indivíduo se assemelham e que o conduz à formação de juízos de valor. Todavia, quando tal sucede, o objecto não tem que estar à sua frente: há, muitas vezes, somente uma recordação, uma imagem mental operada pelo funcionamento cognitivo.

Relacionado com o conceito de estereótipo está um outro que lhe serve de base, o conceito de percepção. Este é um processo que permite ao indivíduo adquirir e interpretar a informação através dos sentidos e que depende do contexto social e

cultural em que ocorre (Corneille & Yzerbyt, 2002; Kart & Kinney, 2001; Matsumoto & Juang, 2004; Spears, 2002). A percepção que o indivíduo tem do que o rodeia não corresponde necessariamente à realidade material; para além disso, o que retém é convertido na sensação de que está a abarcar toda a realidade. O indivíduo considera que está correcto numa dada situação porque a percepcionou (captou e interpretou a informação) de acordo com os seus filtros culturais. É um processo semelhante ao das ilusões ópticas ou ao da passagem de um sítio muito quente para outro um pouco menos, dando a sensação de este ser mais frio do que é na realidade. Contudo, a sua convicção é passível de mudança com a aquisição de novos conhecimentos.

É a interpretação de conceitos e a sua categorização (dimensão cognitiva) que permitem que o indivíduo sumarie e compacte as informações a fim de lidar com elas, o que por sua vez conduz à formação (e posterior manutenção) de estereótipos ou de imagens mentais. No entanto, essa interpretação da informação e respectiva categorização só ocorrem quando se dão no indivíduo os seguintes quatro processos psicológicos sequenciais (Matsumoto & Juang, 2004): (i) atenção selectiva (dá-se atenção ao que é mais estimulante); (ii) valorização (avalia-se a relevância de um determinado estímulo); (iii) formação de conceitos e sua categorização mental (para classificar pessoas, eventos, objectos, em função das suas propriedades comuns percebidas); e (iv) atribuições (inferem-se as causas do que acontece, o que permite organizar a informação dos diversos acontecimentos do dia-a-dia). Contudo, a formação (e manutenção) desses conceitos só ocorre aquando da presença de três propriedades (Denis, 1989; Huici & Moya, 1997):

- Traços semânticos figurativos de um objecto ou conceito – características físicas e perceptíveis que permitem a formação de uma imagem gráfica (por exemplo, cara enrugada e cabelo branco, sinónimo de pessoa idosa);
- Valor imaginário que uma palavra encerra – riqueza de traços figurativos que o indivíduo possui em relação ao conceito evocado por essa palavra (por exemplo, à palavra velho, a maioria dos indivíduos atribui uma série de características físicas depreciativas);
- Nível de base – representação, mais geral ou específica, que um conceito evoca (por exemplo, a palavra 'canto' tanto indica a esquina de um compartimento, como uma vocalização musical, mas se inserido no contexto específico de melodia sugere mais a segunda hipótese). Deste

modo, uma imagem mental surgirá com mais ou menos rapidez consoante o nível de base seja mais geral ou mais específico.

Estas três propriedades justificam porque é que certos objectos, pessoas ou contextos são passíveis de ser mais imaginados do que outros, e porque é que certas palavras exercem diferentes valores imaginários em indivíduos distintos. Todo este processo determina a composição e natureza do estereótipo e da imagem mental. Consta-se que nos estereótipos negativos em relação às pessoas idosas as imagens mentais, na sua maioria, reportam-se a vultos fracos, em decadência física, com rugas, cabelos brancos e rosto desorientado. No caso dos estereótipos positivos ou neutros, as imagens mentais associam-se a indivíduos com ar calmo e ponderado, de rosto afável. Contudo, muitos dos estereótipos estão associados a grupos cujas características não são visíveis, como é o caso da profissão ou da orientação sexual. Assim, para além da parte cognitiva na formação do estereótipo, é importante referir o factor situacional em que ocorre.

Para além dos processos psicológicos acima descritos, o estereótipo ou a imagem mental podem ainda formar-se e perpetuar-se de outras formas, seja através de contacto directo, seja de pouco ou nenhum contacto com os indivíduos-alvo (Matsumoto & Juang, 2004):

- Através da comunicação verbal intergeracional - sem haver uma real interacção com os indivíduos-alvo desses estereótipos;
- Através da comunicação social - televisão, filmes, revistas e outros meios;
- Através de observações e interpretações negativas sobre alguém com determinadas características - generalizam-se as mesmas imagens a todos os que possuem particularidades idênticas.

O processo de estereotipagem acaba por ser inevitável e natural e pode operar sem consciência ou intenção por parte dos indivíduos. Se por um lado o estereótipo facilita a interacção social, por outro pode constituir uma barreira: os indivíduos tendem a seleccionar cognitivamente o que confirma o estereótipo e ignorar o que o contraria – a denominada 'ilusão de autoprofecia'. Ocorre quando se interpretam e relembram informações que confirmam o estereótipo que se possui (Dovidio et al., 1996; Hamilton & Troiler, 1986; citado em Neto, 1998).

Essa dinâmica não consciente ou sem intenção reveste-se de dois grandes perigos (Levy & Banaji, 2002; Tadd, 2000): (i) ao actuar implicitamente, o estereótipo pode ser tomado como certo; (ii) o seu uso pode ser genérico e massivo, levando à negligência das particularidades. Devido a estas condições, Simões (1985) considera que os estereótipos são abusivos (aplicados de maneira uniforme) e são extremos (atribuídos de forma superlativa), para além de tenderem a ser mais negativos do que positivos. Para este autor, estereotipar é um processo psicológico e social que consiste na generalização de atributos negativos de uma pequena percentagem de indivíduos a todos os elementos do seu grupo, e de uma forma fixa e simplista. Estabelece-se, assim, uma relação ilusória de pertença a um grupo e a obrigatoriedade de possuir determinados traços (Neto, 1998). Estes aspectos acarretam quatro efeitos nos julgamentos que são feito pelos indivíduos (Fiske, 1998):

- Inferem-se características de um indivíduo, mesmo sem evidências que as corroborem;
- Interpreta-se um comportamento ambíguo como uma confirmação de um estereótipo (uma pessoa idosa que vá a consultas de rotina é a comprovação da sua inevitável doença; se for um jovem, é um procedimento salutar);
- Tende-se a recordar, aquando da evocação das características de um indivíduo (imagem mental), as mais consistentes com o estereótipo que se tem, enquanto que as impressões inconsistentes são esquecidas;
- Considera-se que um indivíduo não pertence a um dado contexto e que está desadequado do grupo quando a situação que vive e/ou ele próprio são vistos como não representativos do grupo a que pertence (se faz exercício físico é porque deve ser mais novo que os colegas de grupo).

A partir do estereótipo (dimensão cognitiva) tido pelo indivíduo (imagem mental) terá lugar o preconceito (generalização) e a atitude (dimensão afectiva); estes dois conceitos da imagem social manifestar-se-ão através da discriminação (dimensão comportamental) e através da representação social (generalização).

### **1.1.2. Imagens sociais: preconceito, atitude, discriminação e representação social**

Do conjunto de características e propriedades que são atribuídos a um dado objecto, como os aspectos físicos e psicológicos (no caso de indivíduos) e sociais (a sua utilização social), resulta a imagem social (Moliner, 1996). A imagem social traduz a forma como um objecto existe no universo cognitivo do indivíduo (vertente psicológica) e o juízo de valor que ele faz sobre as características e propriedades atribuídas a esse mesmo objecto (vertente social). A sua natureza é, assim, de cariz psicossocial e assume-se, também, como um fenómeno colectivo. Se por um lado o indivíduo elabora uma imagem do objecto (informação e experiência sobre esse objecto), entende-o, interpreta-o e faz inferências baseando-se em conhecimentos anteriores, por outro lado, essa imagem é partilhada por vários indivíduos, que se encontram expostos às mesmas fontes de informação.

À semelhança da imagem mental, a social confunde-se igualmente com a 'realidade', pelo que também neste caso há que considerar as três premissas inerentes à obtenção de informação sobre um objecto. Assim, a imagem social (Moliner, 1996): (i) provém de percepções directas ou indirectas do indivíduo, ou de deduções que ele possa fazer; (ii) posiciona o indivíduo, dado que não tem uma natureza neutra; (iii) pode apresentar-se em dois formatos qualitativos: uma simples declaração de atracção ou rejeição (gosto ou não gosto) ou uma declaração normativa (está bem ou está mal). Nesta última premissa, a imagem social assume tanto uma componente descritiva como uma componente avaliativa:

- Componente descritiva - fruto do processo de interpretação e de inferência, resulta no conjunto de informações e de características que são atribuídas a um objecto;
- Componente avaliativa - valor atribuído ao conhecimento adquirido na componente descritiva e que vai determinar o juízo sobre um objecto.

Ao conceito de imagem social podem então ser associados outros conceitos como o preconceito (generalização), atitude (dimensão afectiva), discriminação (dimensão comportamental) e representação social (generalização). Veja-se como se interligam (Quadro 11).

**Quadro 11 – Imagem social e preconceito, atitude, discriminação e representação social**

<b>Preconceito</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generalização inflexível sobre e perante um indivíduo/grupo, baseada na pertença a um determinado grupo e não nas suas características pessoais</li> </ul>
<b>Atitude</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Predisposição do indivíduo para reagir a uma dada situação ou objecto, em função do valor que lhe atribui (dimensão afectiva)</li> </ul>
<b>Discriminação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifestação do preconceito através de comportamentos (dimensão comportamental)</li> </ul>
<b>Representação social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apreensão e interpretação do meio social, dando origem à imagem social (generalização)</li> </ul>

(Adaptado de Alexandre, 1996; Allport, 1954, 2000; Ashmore, 1970; Cornelle & Yzerbyt, 2002; Dovidio et al., 1996; Hinsz & Matz, 2003; Lima, 1996; Marco & Delgado, 2002; Matsumo & Juang, 2004; Neto, 1998; Palmore, 1999; Ubillos, Mayordomo, & Páez, 2004)

#### (a) *Preconceito*

O termo preconceito deriva do latim *praejudicium*, que significa pré-juízo, julgamento prévio, anterior. É definido como uma generalização inflexível, ilegítima e injustificável sobre e perante um indivíduo ou grupo, baseada, não nas suas características pessoais, mas na pertença a um determinado grupo (Allport, 1954; Ashmore, 1970; Matsumo & Juang, 2004; Neto, 1998). Considera-se que o preconceito tem início num pré-julgamento que, quando não se modifica perante novas informações (dado que é passível de transformação), torna-se mais forte e resistente à mudança (Allport, 2000). Por outras palavras, se não surgir um acontecimento ou informação que anule o pré-juízo negativo sobre um dado grupo, vai-se construindo uma associação preconceituosa de sentimentos negativos em relação a elementos desse grupo. Um estudo realizado por Von Hippel, Silver & Lynch (2000) sugere que o desenvolvimento de preconceitos se deve a um processo mais automático do que se pressupõe. Verificou-se que, em diferentes contextos, os indivíduos que revelaram preconceitos não os reconheciam como tal (Marco & Delgado, 2002).

Há, assim, três processos cognitivos que estão associados à formação do preconceito (Huici & Moya, 1997):

- Processo de categorização - ordena e simplifica a percepção da realidade por parte do indivíduo;
- Processo de assimilação da informação recebida - traduz a componente de aprendizagem social, relacionada com as aquisições iniciais. O indivíduo



aprende a identificar as suas preferências dentro de um leque de comportamentos humanos, incluindo os do seu grupo (antes de adquirir a capacidade de descentração);

- Processo de coerência - pressupõe que perante as interacções sociais o indivíduo necessita de uma referência que o auxilie no entendimento dessas interacções.

Enquanto que o estereótipo é natural e inevitável, consequência de um processo psicológico, o preconceito resulta na revelação generalizada de estereótipos, em geral negativos, que o indivíduo não consegue deixar de exteriorizar. Implica, portanto, a tendência em julgar os outros de forma desfavorável, com base em estereótipos. Posteriormente, o preconceito manifesta-se através de atitudes e através de um comportamento (discriminação) (Hinsz & Matz, 2003; Matsumo & Juang, 2004; Palmore, 1999).

Contudo, é possível fazer-se um esforço para evitar os preconceitos. Por exemplo, indivíduos que reconhecem possuir estereótipos que podem não ser verdadeiros nem retratar todos os elementos de um grupo, são menos preconceituosos e menos passíveis de desenvolver atitudes e ter comportamentos discriminatórios.

#### (b) Atitude

A palavra atitude provém da junção do latim *actus* (acto) e *aptitudo* (aptidão), que se reverteu na dicotomia 'atitude motora' (posturas, mímicas) e 'atitude mental' (pensamento, linguagem), ambas expressões do indivíduo numa dada situação (Alexandre, 1996; Lima, 1996). Em geral, a atitude tem sido definida como a predisposição do indivíduo para reagir a uma dada situação ou objecto em função do valor que lhes atribui (dimensão afectiva). Tanto se pode considerar a atitude como uma actividade ou movimento físicos do indivíduo sobre um objecto, como um posicionamento social e psicológico do indivíduo num dado contexto. Com base nos estereótipos (dimensão cognitiva) e no preconceito (generalização), manifesta-se, assim, de forma verbal ou não verbal e é considerada um modo de reacção permanente e estável, uma vez que introduz na conduta do indivíduo uma certa unidade homogénea significativa.

O conceito de atitude foi sendo objecto de sucessivas redefinições. Inicialmente foi considerado um conceito multidimensional, desenvolvido no modelo tripartido

clássico, e que resultava da organização de três componentes (Rosenberg & Hovland, 1960): a afectiva, a cognitiva e a comportamental.

A primeira componente, a *afectiva*, refere-se aos sentimentos subjectivos e às respostas fisiológicas que acompanham uma atitude (por exemplo, emoções e pressão arterial). É a componente que está na origem da avaliação positiva ou negativa do objecto, uma vez que a sua presença ou evocação suscita emoções, o que se denomina 'conotação' (*conotation*).

A componente *cognitiva* diz respeito ao conjunto de crenças, opiniões (favoráveis ou desfavoráveis) e à credibilidade dada ao objecto, em função das quais a atitude é manifestada, o que se denomina 'denotação' (*denotation*). A manifestação da atitude nem sempre é consciente.

A terceira e última componente, a *comportamental*, refere-se ao processo mental e físico que leva o indivíduo a agir. Por exemplo, perante um objecto desagradável o indivíduo pode avançar ou recuar. Tanto pode ocorrer na presença do objecto como na recordação de aspectos passados ou na previsão de aspectos futuros. Ambos os casos predispõem o indivíduo para a acção, o que se denomina *conação* (*conation*) (ou *volição* ou *exercício da vontade*). É uma componente constituída pelas intenções de acção por parte do indivíduo, activadas pelo objecto. Para melhor se entender a conjugação destas três componentes, apresenta-se o exemplo de alguém que está numa livraria e quer comprar um livro. Há um tema que lhe interessa e agrada, podendo até ser tópico de conversa com os amigos (componente afectiva), pelo que pondera o preço ou a qualidade daquela edição (componente cognitiva). Então decide dirigir-se ao balcão para o adquirir (componente comportamental). Segundo Neto (1998), cada componente contribui para a existência de atitude e implicam a presença das restantes para que haja uma significação comum (apesar de poderem divergir entre si). Porém, ainda não se sabe muito bem como se interligam.

Contudo, outros autores discordam deste modelo multidimensional, apresentando outros, como o modelo bidimensional ou o modelo unidimensional para definir o conceito de atitude (Pratkanis & Greenwald, 1989; citados em Alexandre, 1996; Ubillos, Mayordomo, & Páez, 2004). No modelo bidimensional a atitude é constituída somente pelas componentes afectiva e cognitiva, sem se verificar a presença da componente comportamental; no modelo unidimensional a atitude é definida apenas como a avaliação do objecto (resposta avaliativa), favorável ou desfavorável em relação ao objecto (Ubillos, Mayordomo, & Páez, 2004). Possui,

assim, um carácter avaliativo, que implica um resumo analítico em relação ao objecto e as suas características. Neste modelo a atitude implica não só uma combinação de crenças, expectativas ou informações sobre o objecto mas também uma avaliação, um valor que é atribuído pelo indivíduo.

O processo de redefinição do conceito de atitude continua com o posterior surgimento do modelo tripartido revisto, que integra as concepções do modelo tripartido clássico e do modelo unidimensional (Zanna & Rempel, 1988). Defende que a atitude resulta da interacção entre algumas das componentes (afectiva, cognitiva e comportamental) e a resposta avaliativa. Há investigações que sugerem que essas componentes podem agir de forma isolada ou a pares, como cognição ou cognição e comportamento passado ou, ainda, outra combinação (Ajzen & Fishbein, 1980; Neto, 1998). Deste modo, a avaliação passa também a ser constituída por uma medida avaliativa num eixo bipolar contínuo (de favorabilidade a desfavorabilidade). A atitude é vista como uma predisposição aprendida para responder de forma consistente, em termos favoráveis ou desfavoráveis, perante um objecto. Constitui-se como uma acção pensada e como um processo com variações de grau. Há, ainda, quem advogue um modelo no qual não existe nenhuma componente, como é o caso dos comportamentalistas, que negam qualquer interferência interna.

No entender de Ubillos, Mayordomo, & Páez (2004), a evidência empírica que sustenta estes modelos é algo contraditória: a dimensionalidade da atitude varia em função do objecto. Além disso, o entendimento de como ocorre a formação de atitudes está dependente da linha teórica que os diversos autores abraçam. Por exemplo, para a linha cognitivista, esse processo é determinado pela informação sobre o objecto (crenças) (Lima, 1996). Essa informação tem origem na interacção social, assim como nos processos de comparação, de identificação e de diferenciação sociais efectuados pelo indivíduo. Neste sentido, apesar de sociais e perspectivadas como forma de lidar com a realidade social, as atitudes são consideradas como uma disposição individual (Stewart & Lacassagne, 2005). Na verdade, as atitudes reflectem os julgamentos de um indivíduo em relação aos elementos sociais envolventes (por exemplo, se o indivíduo considerar que as pessoas idosas têm pouco cuidado com a higiene, pode procurar afastar-se delas). Já a abordagem da teoria da aprendizagem por condicionamento clássico sugere que na formação de atitudes a componente cognitiva não tem lugar (Lima, 1996). Perante um estímulo (lar de idosos), aliado a outro ('a avó foi para lá viver os últimos tempos da sua vida'), desencadeia-se uma resposta do indivíduo. Associa-se um

lugar a um acontecimento marcante: aquando da visita (ou recordação) ao lar de idosos, este passa a ser sentido em função do que se sentiu na altura (angústia e frustração por não ter havido outra solução ou satisfação por poder estar num sítio com condições que não haveria em casa). Também, quando o indivíduo recebe a aprovação do grupo a que pertence (sensação de aceitação, conforto), as suas atitudes são reforçadas; se não receber a aprovação, não se fortalecem. Numa linha de cariz mais emocional, sugere-se que a formação das atitudes se relaciona com experiências emocionais e não racionais, que implicam sentimentos e emoções que vão influenciar o comportamento do indivíduo (Hinsz & Matz, 2003; Lima, 1996). Um processo que espelha esta perspectiva é a exposição repetida do indivíduo a um dado estímulo, que o levará a formar certas atitudes. Por exemplo, quanto mais familiar for um objecto, mais fácil é a sua aceitação pelo indivíduo: ao conviver com pessoas idosas, certos estereótipos negativos são desmistificados, pelo que a ideia negativa que se poderia ter, dilui-se.

No entanto, na definição de atitude há alguns aspectos comuns considerados pelos diversos autores (Lima, 1996; Neto, 1998; Ubillos, Mayordomo, & Páez, 2004):

- É dirigida a um objecto ou categoria – a um indivíduo, ideia ou objecto material;
- Inclui sempre uma dimensão afectivo-avaliativa - traduz uma posição;
- Tem um papel motivacional - orienta o indivíduo para a acção e influencia a sua percepção e pensamento;
- Refere-se a experiências subjectivas - expressam o posicionamento do indivíduo/grupo;
- É aprendida ao longo do tempo.

Ainda no seguimento da definição de atitude, identificam-se quatro características, nomeadamente a direcção, intensidade, dimensão e acessibilidade (Neto, 1998). As atitudes possuem, assim, diferentes propriedades:

- Direcção - positivas ou negativas (atração/repulsa, concordo/discordo);
- Intensidade – grau de variabilidade do aspecto positivo ou negativo (concordo completamente/discordo completamente);
- Dimensão – atitude unidimensional (que representa somente uma resposta, como a avaliativa (afecto) ou a que abarca a dimensão

comportamental), ou atitude multidimensional (onde se incluem várias dimensões);

- Acessibilidade - solidez ou ausência da relação entre o objecto de atitude e a sua avaliação afectiva. Quanto maior for o valor afectivo de um objecto para o sujeito, mais esta característica se torna patente. Contudo, pode também ocorrer o caso extremo da acessibilidade, denominado 'não-atitude'. Verifica-se quando o sujeito nem concorda nem discorda ou não possui qualquer apreciação prévia em relação ao objecto, pelo que não se posiciona.

No que concerne às suas funcionalidades, a atitude permite a definição de grupos sociais (conjunto de atitudes partilhadas por todos os elementos, aspectos sentidos e expressados comuns aos indivíduos), a construção da sua identidade (contribui para a auto-representação dos indivíduos) e a constituição do seu pensamento e comportamento (guia o modo como sentem, pensam e agem, elementos importantes da sua vida cognitiva) (Neto, 1998). Neste sentido, as atitudes revestem-se ainda de uma natureza motivacional, uma vez que levam o indivíduo a agir; de uma natureza cognitiva, dado que influenciam a sua maneira de processar a informação; e de uma natureza social, pois identificam-no com um grupo ou diferenciam-no em termos intergrupais (contribuem para a categorização dos indivíduos). Com base em estereótipos e preconceitos (dimensão cognitiva e generalização), a atitude (dimensão afectiva) vai manifestar-se através de um comportamento (discriminação, dimensão comportamental).

Há a ressaltar que o conceito de atitude não se pode confundir com (Alexandre, 1996; Lima, 1996; Neto, 1998): (i) traços da personalidade (descrevem tendências de resposta e não são avaliativos, sendo teoricamente mais estáveis e resistentes à mudança); (ii) opiniões (de carácter cognitivo, envolvem julgamentos sobre probabilidade de acontecimentos ou relações; a atitude dá origem à opinião e esta permite aceder à atitude, exprimindo-a e dando-lhe um carácter quantificável); (iii) valores (mais gerais e abstractos, possuem carácter normativo e transcendem objectos e situações específicos); e (iv) crenças (informação de que se dispõe sobre o objecto, associada a uma probabilidade subjectiva; suporte cognitivo e racional das atitudes); e ideologia (sistema estruturado e estável de crenças, atitudes e opiniões).

### *(c) Discriminação*

Mesmo que a categorização de um indivíduo por parte de outro não seja consciente ou deliberada, os preconceitos ou as atitudes do primeiro são activados (Stangor, 2000). E quando esses mesmos preconceitos ou atitudes se manifestam através de comportamentos declarados, está-se perante a discriminação (dimensão comportamental). Inserida no contexto das relações interpessoais, a discriminação reveste-se de sentido pejorativo, uma vez que implica um comportamento injustificado e inapropriado para com alguém que pertence a um determinado grupo (mesmo que se revista de natureza positiva) (Dovidio et al., 1996). Trata-se de uma manifestação comportamental do preconceito (generalização) e a atitude (dimensão afectiva) tem lugar depois de se perceber alguém de modo negativo (ou, muito raramente, positivo) somente por pertencer a um grupo (Neto, 1998). Pode assumir diferentes moldes para com o alvo do preconceito: evitamento, exclusão ou agressão. Deste modo, a segregação é uma forma de discriminação, visto que estabelece uma linha virtual que acentua a desvantagem dos elementos que não do seu grupo (exogrupo).

Para além de ocorrer no plano pessoal, a discriminação também ocorre no plano institucional (Allport, 2000; Matsumoto & Juang, 2004). Embora muitas vezes camuflada, tem lugar num nível mais lato que o individual. Em alguns casos, o acesso à educação, habitação, emprego, sistema de saúde, justiça não é igual para todos os indivíduos, apesar de todos os cidadãos em Portugal terem os mesmos direitos. Noutros casos, mais localizados, pode ser a própria hierarquia de uma organização a favorecer a diferenciação entre secções distintas de trabalhadores, tratando-se de uma manifestação discriminatória (Dovidio et al., 1996). Estes fenómenos de discriminação acentuam as diferenças em relação aos restantes indivíduos e acabam por se repercutir na identificação e noção de pertença dos indivíduos ao seu grupo (Corneille & Yzerbyt, 2002).

Registe-se que investigação sugere que, à semelhança das ideias preconceituosas, que são de difícil alteração, também o comportamento discriminatório apresenta essa propriedade (Hinsz & Matz, 2003).

### *(d) Representação social*

Uma representação social resulta da interacção entre os indivíduos, sendo um conjunto de explicações e ideias comuns a um determinado grupo de indivíduos e que permitem a evocação de um objecto. A definição de representação social é

muito próxima da de imagem social (Quadro 10). Contudo, diferenciam-se, pois a representação social é um fenómeno de generalização, produtor de imagens sociais. A representação é em si mesma um processo enquanto que a imagem social é um produto. A imagem social é determinada pelo processo de percepção e interpretação que compõem a representação social, uma vez que o conjunto cognitivo, que constitui o conteúdo da representação social, permite apreender e interpretar o meio social (o que dá origem à imagem social). No entanto, quando a imagem social já se encontra relacionada com um dado objecto, não é passível de ser transferida para outro, enquanto que uma representação social já permite esse tipo de generalização.

A noção de representação social foi introduzida na Psicologia há cerca de quarenta anos, inserida na crescente especificidade que deu origem à Psicologia Social (Wagner, 1994). O seu despontar deve-se a Wilhelm Wundt (1832-1920) e Émile Durkheim (1858-1917), dois dos fundadores da psicologia e da sociologia científicas. Em 1879, Wundt funda o Instituto de Psicologia em Leipzig, dando os primeiros passos para a afirmação da Psicologia como uma ciência experimental e distinta do estudo meramente social. Em 1898, Durkheim publica um artigo onde corrobora essa diferença: tal como Wundt, propõe a diferenciação entre as representações individuais e as colectivas, apresentando a noção de interdependência entre a realidade social e as formas individuais e colectivas de pensamento. Segundo estes autores, a consciência colectiva transcende os indivíduos, pelo que o colectivo não se reduz ao individual, pensamento que esteve na base do conceito de representação social (Mora, 2002).

No entanto, o conceito de representação social foi desenvolvido com mais pormenor por Serge Moscovi (nascido em 1928), que o localiza numa ponte de inserção entre a dimensão psicológica do indivíduo e a vertente social. Define-o como "a elaboração de um objecto social por uma comunidade, com o objectivo de agir e comunicar" sendo, por isso, o produto e o processo de uma combinação psicológica e social do real (Moscovici, 1963: 251). Neste sentido, uma representação social é perspectivada como uma interpretação e construção da realidade colectivas, cujos conteúdos cognitivo, afectivo e simbólico influem na forma de pensar e agir no quotidiano social do indivíduo (Elejabarrieta, 1996; Jodelet, 1989; Teixeira, 2002). Essa influência repercute-se tanto na elaboração de um código de comportamento como de comunicação entre os indivíduos, dando origem a imagens sociais (Mora, 2002). Por esse motivo, Wagner (1995) considera que as representações sociais fazem sentido quando se inserem em grupos

(Wagner, 1995). Os seus elementos sabem que pertencem a determinado grupo e possuem critérios para identificar outros, a que também podem ou não pertencer, assim como para identificar o que pensam e como agem. Mas a representação social não traduz somente uma opinião, imagem e/ou atitude, também categorias de conhecimento com uma lógica e linguagem próprias. Esse sistema de valores, ideias e práticas não só estabelece uma organização no mundo material e social, como possibilita a comunicação através de um código de interacção social, o que permite identificar e classificar os vários aspectos do mundo e da história individual e grupal (Farr, 1983). Assume, assim, uma dupla funcionalidade: a representação social tanto dispõe objectos, pessoas ou contextos numa categoria cognitiva e social partilhada por um grupo de pessoas, como é prescritiva, ou seja, impõe-se socialmente ao indivíduo (Moscovici, 2000).

As representações sociais são inúmeras e dizem respeito tanto aos indivíduos como aos seus comportamentos. Podem incidir sobre a amizade, amor, família, educação, saúde, doença, profissão, desemprego, lazer, economia, meio ambiente, novas tecnologias, infância, adolescência, velhice. A essa diversidade de áreas da vida, objectos da representação social, é o indivíduo quem lhes atribui um sentido, uma realidade, uma vez que não possuem um significado intrínseco. Nesse processo de atribuição de sentido por parte do indivíduo verifica-se a influência decisiva das suas pertenças sociais e actividades de comunicação com os outros, determinadas pelo sistema de valores do grupo a que pertence. Por esse motivo, para além dos factores cognitivos, os sociais influenciam a construção dessa realidade e a estruturação das representações que o indivíduo elabora. Deste modo, a representação social apresenta uma natureza sociocognitiva, pois a sua regulação é elaborada em concomitância com o funcionamento cognitivo e social do indivíduo (que dão origem aos factores sociocognitivos). Esses factores sociocognitivos, regulados pelos factores sociais, podem ser decompostos nas noções de objectivação e de ancoragem (não relacionadas de forma sequencial) (Elejabarrieta, 1996; Fançois, 2004; Mora, 2002; Stewart & Lacassagne, 2005; Vala, 1996).

A *objectivação* consiste no processo de transformação de conceitos abstractos ou estranhos através da selecção e ordenação que o indivíduo faz da informação sobre o objecto; dessa selecção e ordenação resultarão experiências ou materializações concretas. Mas como se processa a objectivação? Sabe-se que cada indivíduo tende a elaborar um quadro de referência objectivo de informações sobre a realidade, que não é único nem concreto, mas construído



individualmente. Conceitos como amor e educação são interpretados de maneira diferente em função da experiência prévia, conhecimentos adquiridos e maneira de pensar do indivíduo. Independentemente da quantidade e qualidade destes aspectos, que variam entre os indivíduos, a objectivação tem lugar em três fases sequenciais: a de transformação icónica, a de esquematização estruturante e a de naturalização.

A fase de *transformação icónica* implica a selecção e descontextualização de elementos acessíveis na realidade do indivíduo: na sua óptica, capta a essência do objecto social como um esquema conceptual, que dará origem a uma imagem pessoal, gráfica e coerente. Nesse processo alguns elementos são esquecidos (redução), enquanto que outros acabam por ser amplificados (acentuação) (Vala, 1996). Passa-se para a segunda fase, a de *esquematização estruturante*, que se caracteriza pela organização e retenção do padrão de relações entre os elementos seleccionados. Por fim, a fase da *naturalização*, na qual tem lugar a conversão da imagem e do padrão criados na realidade quotidiana do indivíduo, de tal forma que se faz acompanhar da sensação de evidência como se fosse 'a realidade'. Este processo, que permite apreender e reconstruir o objecto social (operando uma transformação simbólica e imaginária), reduz a incerteza face ao mesmo e dá então origem a um esquema conceptual pessoal e de uma forma que parece natural ao indivíduo.

A segunda noção relacionada com os factores sociocognitivos que influenciam a representação social, a *ancoragem*, também permite ao indivíduo transformar em familiar o que lhe é estranho. Porém, distingue-se da objectivação por incorporar os conceitos estranhos ou abstractos em categorias e significações já existentes no indivíduo. O novo objecto de representação social é inserido num quadro de referência já presente (o que amortiza o possível impacto de ameaça à identidade do indivíduo ou grupo). A inserção da 'leitura' do objecto em categorias conhecidas leva a que lhe sejam aplicados instrumentos de comunicação e de compreensão familiares ao indivíduo; ou seja, a construção da representação social do novo objecto tem por base o conhecimento preexistente no indivíduo.

Para que tanto a noção de objectivação como a de ancoragem tenham lugar, é necessário que se baseiem no pensamento simbólico, ou seja, na representação do objecto presente no indivíduo, quer em relação a outros, quer para além do mesmo objecto (Pérez, 2004). Além disso, esses processos devem conduzir à elaboração de conceitos - mediante uma característica comum a vários objectos,

cria-se uma classe – que por sua vez vão simbolizar as relações sociais existentes (ou sistema de organização social).

Como a ancoragem tanto pode preceder como ocorrer depois da objectivação, estas noções não estão relacionadas de forma sequencial. Se por um lado qualquer tratamento de informação exige pontos de referência prévios em esquemas de pensamento já organizados no indivíduo (ancoragem), a constituição de novos padrões de relações e esquemas conceptuais são estabelecidos na presença de um novo objecto (objectivação). Neste sentido, independentemente de qual seja a primeira noção a ocorrer para que a representação social seja criada pelo indivíduo, Páez (1987) sugere que esse processo implica:

- Privilegiar, seleccionar e reter alguns aspectos relevantes do objecto ou da interacção entre objectos, de forma a descontextualizá-los;
- Decompor esse conjunto em categorias simples, familiarizando e objectivando os conceitos implicados;
- Construir um esquema conceptual explicativo (e avaliativo);
- Reconstruir e reproduzir a realidade, fornecendo uma orientação operacional para a vida social.

A constituição destas quatro premissas vai depender de três condições cuja natureza e gradação podem variar (Pérez, 2004):

- Do grau da dispersão da informação - que nunca é suficiente nem organizada, pelo que nunca se dispõe de toda a informação necessária sobre o objecto; além disso, não é a mesma nos diferentes grupos sociais pelo que a sua circulação não é feita da mesma forma;
- Do nível de focalização – que é determinado segundo os interesses pessoais do indivíduo e do seu grupo de pertença;
- Da pressão para a inferência – que é a resposta contínua do indivíduo em abono dos objectivos individuais e grupais (inferências e opiniões feitas e emitidas em conformidade com os seus valores e que reflectem o posicionamento social do seu grupo em relação a outros).

Devido a estas quatro premissas e condições inerentes é que, no entender de Vala (1996), a dinâmica social onde o indivíduo se insere e as relações sociais existentes influenciarão o cunho que imprimirá na elaboração de uma representação social

(como exemplo, o lugar que o indivíduo ocupa na estrutura social, a sua condição socioeconómica e o seu sistema de orientação, como normas, valores, motivações). Há hierarquias, clivagens, relações de dominador e dominado diferenciadas nessa estrutura social que se farão reflectir.

A representação social é, ainda, passível de análise e medição, nomeadamente em termos quantitativos, genéticos e funcionais (Vala, 1996): (i) em termos quantitativos, se é comum e partilhada por um conjunto de indivíduos; (ii) em termos genéticos, se resulta de uma forma colectiva, de uma actividade cognitiva e simbólica de um grupo social, produto das interacções e fenómenos de comunicação no interior desse grupo; e (iii) em termos funcionais, se se trata de uma visão e com saber prático da sociedade.

### **1.1.3. Imagens culturais: mito, crença e tabu**

Quando o indivíduo evoca imagens familiares que se localizam num património imaginário comum, sejam antigas ou contemporâneas, surge uma imagem cultural. À semelhança do que ocorre com a imagem social e a representação social, também a imagem cultural se associa à representação cultural: a apreensão e interpretação do meio cultural (conteúdo cognitivo) vão dar origem à imagem cultural. Igualmente neste caso, a representação cultural é um processo e a imagem cultural um produto, pelo que a primeira é um fenómeno produtor de imagens. Há uma dialéctica nesse processo: a imagem cultural que se cria é afectada pela representação cultural, mas esta também é actualizada, compreendida, assimilada ou reconstruída segundo os moldes de pensamento do indivíduo quando cria uma imagem cultural (Boyer, 2000; Henrich & Boyd, 2002; Sorzio, 1994).

É a representação cultural que permite ao indivíduo a atribuição de um significado ao que não é inteligível e a aplicação de esquemas intelectuais, a partir dos quais a realidade social é interpretada. A representação cultural relaciona-se intrinsecamente com a cultura de uma dada sociedade, sendo determinada, construída por essa mesma cultura. Interessa aqui abordar o conceito de cultura, distinguindo-o do de sociedade (na qual as imagens e representações culturais fazem sentido). Uma sociedade define-se como um conjunto de indivíduos numa estrutura variável, onde têm lugar a participação interpessoal, intergrupar e as relações indivíduo-grupo (Kashima, 2000). Já o conceito de cultura refere o conjunto de elementos que um indivíduo apreende ao longo da sua vida. Trata-se

de uma repetição de representações específicas, num dado grupo, que se processa através da comunicação entre os indivíduos (Boyer, 2000).

A natureza e a forma como os indivíduos e grupos elaboram as representações culturais variam em função da língua, da religião, da arte, do modo de ver o mundo, ou seja, de todos os padrões de comportamento que um indivíduo possa adoptar. No entanto, uma representação social pode ou não ser partilhada por todos os indivíduos de uma sociedade. Por exemplo, há costumes que variam com a região, como os considerados urbanos e rurais ou como 'os do norte' e 'os do sul'. A própria gastronomia varia de norte a sul do país. Além disso há indivíduos que vivendo numa determinada região, diferem nos hábitos alimentares por uma questão de gosto, de saúde, princípios vegetarianos, religiosos, entre outros (por exemplo, viver em Aveiro e não comer ovos moles ou viver no Porto e não comer tripas).

Regra geral, a repetição das representações culturais leva os indivíduos a terem preferências culturais de uma forma que parece intuitiva (Boyer, 2000). A maturação do indivíduo deve-se, em larga escala, ao código genético, mas é através da sociedade que se adquire a cultura e as suas ferramentas materiais e simbólicas. Esse processo, denominado endoculturação (apreensão dos elementos culturais de modo formal ou informal) vai permitir ao indivíduo a adaptação ao seu meio social e, em paralelo, a construção das várias imagens culturais (sobre si, sobre os outros e sobre o mundo) (Kashima, 2000). Constata-se assim como a representação cultural é um processo produtor de imagens culturais.

Inerente à imagem cultural está a noção de simbolismo, através do qual o indivíduo pode identificar uma mensagem que não está presente nem visível, isto é, evocar uma imagem ausente. O simbolismo implica, assim a presença de um símbolo, o qual apresenta três características: (i) é um significante portador de significado, com uma relação concreta com o mundo perceptível (objecto); (ii) é optimal, ou seja, é o significante mais apropriado para evocar um significado; e (iii) corresponde a algo que não é passível de se apreender de forma directa. O símbolo pode ainda possuir duas naturezas: ser unívoco (como é o caso dos símbolos matemáticos) ou polissémico (é o caso de símbolos com várias interpretações, como os do Zodíaco, por exemplo). Neste sentido, o símbolo evoca outras imagens familiares, sejam antigas ou actuais, e que são transmitidas e interpretadas ao longo de gerações (Moliner, 1996). São imagens que constituem um fundo comum, um património imaginário que, de forma inconsciente,

determinam as decisões e os pensamentos dos indivíduos (ou seja, constituem os arquétipos) (Roesler, 2006).

Quando se fala de imagem cultural relativa às pessoas idosas e à velhice, encontram-se dois tipos (Featherstone, 1995): a imagem do herói do envelhecimento e a imagem da abominação envelhecida. Na primeira está patente a pessoa idosa que adopta uma postura activa, positiva e hábitos considerados jovens. Geralmente é uma imagem ligada a figuras públicas, que exibem *glamour* e qualidade de vida. Na segunda imagem insere-se a pessoa idosa de corpo e mente atacados pela doença. Os aspectos mais desagradáveis do processo de envelhecimento são destacados, e as pessoas idosas são consideradas uma 'abominação'. Há como que um *voyeurismo* por parte dos mais novos para com aqueles cujo corpo os atraíu.

A imagem cultural surge, assim, associada a três conceitos: mito, crença e tabu, que se embrenham nas normas, ideias, fantasias, princípios, rituais, hábitos, quimeras, expectativas e eventos da sociedade. São conceitos culturais mais amplos, transmitidos e interpretados ao longo de gerações. As imagens que daí sobrevivem situam-se no imaginário sobrenatural, que corresponde a uma necessidade humana de resposta a questões fundamentais, a uma necessidade reconfortante de transcendência, de uma autoridade superior (Sperber & Hirschfeld, 2004).

#### (a) Mito

A palavra mito é de origem grega e em termos etimológicos significa uma lenda que apresenta uma narrativa de realidade ambígua. Caracteriza-se por ser um discurso ou uma história onde heróis e seres sobrenaturais protagonizam uma função especial: dar sentido e coerência à conduta social e moral de uma comunidade, convertendo-se numa crença e no conteúdo de um ritual (Thornton, 2002). Essas figuras míticas têm assim origem em concepções do imaginário social e surgem em forma de pensamento colectivo.

O mito reveste-se de convicções (misticismo) sobre o desconhecido e o inexplicável e cuja história os ouvintes supõem verdadeira. A sua formação tem lugar através da interpretação de um conceito numa óptica simbólica (Moliner, 1996). Ao contrário da linguagem, na qual o significante é facultativo, o mito não é neutro: se o receptor estiver atento à forma, surge como um símbolo, uma alegoria; se o receptor se ativer ao conceito, compreende a doutrina moral nele presente. Com

uma intenção social, o mito pode ser entendido como uma história verdadeira caso o receptor não distinga a forma do conceito: toma-se, assim, o mito como uma evidência.

Essa narrativa mitológica, que utiliza símbolos (simbolismos) que traduzem ideias e anseios dos indivíduos, procura justificar o mundo natural e os costumes sociais. Toda a trama é somente um pretexto para o exercício do pensamento e reflexão, ou seja, proporciona um sentido ao mundo, resolvendo dilemas culturais através da formação e manutenção do mito. Sendo constituído por forças opostas, como o bem e o mal ou a noite e o dia, enuncia essas dúvidas e conflitos, não através de um papel questionador mas sim confirmador, legitimando o presente (Moliner, 1996; Thornton, 2002). Suportado e ao mesmo tempo influenciando a organização de uma sociedade, manifesta-se através da filosofia e política adoptadas por ela.

Possibilitando várias interpretações, os mitos foram utilizados pelos artistas ao longo dos séculos. Contudo, dada a evolução da sociedade com o advento da perspectiva positivista na ciência e do realismo na arte, perderam relevância no século XIX. Podem considerar-se hoje meras histórias fantásticas, sem relação com a realidade objectiva ou mesmo subjectiva. Autores houve, no entanto, que definiram este conceito numa outra óptica: para Sigmund Freud (1856-1939) tratava-se de uma expressão de conflitos inconscientes; para Carl Jung (1875-1961), de uma manifestação do inconsciente colectivo, dos arquétipos; para Roland Barthes (1915-1980), de uma mensagem que operava a simbolização dos fenómenos naturais; para Claude Lévi-Strauss (1908-2009) a sua interferência na leitura da natureza e respectivas relações dota-os de um certo significado; e para Gilbert Durand (nascido em 1921), os mitos fundamentam a realidade, uma vez que contam o início de tudo o que existe (a história, contada à luz do mito, transforma-se em algo natural).

A definição de mito não é consensual, mas a sua funcionalidade também se alterou ao longo do tempo: os mitos são, actualmente, usados como explicação em situações dúbias ou infundadas, sustentando 'meias-verdades' ou ficções (Thornton, 2002). Sendo uma mistura confusa de verdade e imaginação e baseados em estereótipos geracionais, os mitos criam imagens culturais que caracterizam de forma incorrecta determinados contextos (Salgado, 2000).

### (b) Crença

A crença refere-se a um objecto e à informação de que um indivíduo dispõe acerca dele e a que atribui alguma probabilidade de veracidade (Lima, 1996). Tem-se como exemplos o considerar que os sumos de fruta contêm muito açúcar ou que cortar o cabelo na altura da lua cheia o fortifica.

Não será só a informação que se detém sobre um objecto que vai determinar as crenças, mas também a forma como essa informação é recolhida: se através do desempenho pessoal (forma directa) ou se através da interacção com os outros (forma indirecta). As crenças que se formam através da interacção com os outros possuem um maior número de fontes, sejam elas mais próximas ou mais distantes do indivíduo: relação com os pais, amigos, grupos de pertença ou com elementos de grandes instituições normalizadoras como a escola, igreja, governo, forças armadas, meios de comunicação social. Apesar da enorme influência que estas fontes exercem no quotidiano do indivíduo, são as crenças que têm origem no modo directo as que tendem a traduzir-se em atitudes mais estáveis e duradouras (Lima, 1996).

### (c) Tabu

O conceito antropológico de tabu deriva de *tapu*, uma palavra aborígine polinésia, da ilha de Tonga, que significa uma interdição ou proibição que protege um objecto, lugar, indivíduo, comportamento ou relacionamento (Durkheim, 1965; Saj, Mather & Sicotte, 2006).

Regra geral, a sua dinâmica envolve um ritual religioso com um código específico, executando-se uma cerimónia de cariz 'mágico' com vista à protecção ou à demarcação desse tabu (Douglas, 2002; Zavaleta, 1999). Na actualidade o conceito de tabu encerra duas naturezas e significados opostos: refere-se a algo que é sagrado ou a algo que é proibido e perigoso. Trata-se de uma norma oral que regula, através da prática voluntária, o equilíbrio entre as dimensões biológica e cultural do comportamento humano (Lévi-Strauss, 1949; citado em Zavaleta, 1999). Este conceito manifesta-se quando, num dado contexto, se evita um assunto polémico ou um comportamento considerado inadmissível.

Nesta primeira parte do segundo capítulo procurou decompor-se o conceito de imagem em imagens mentais, sociais e culturais, descrevendo-se as diferentes

noções nelas implicadas (estereótipo; preconceito, atitude, discriminação e representação social; mito, crença e tabu). Apesar desta distinção e categorização, essas noções tendem a aproximar-se bastante. Saliente-se o caso de estereótipo, discriminação e atitude (Dovidio et al., 1996). A sua diferenciação pode ser difícil visto que os estereótipos estão também relacionados com o comportamento, em especial quando negativos. Uma vez que os estereótipos se baseiam num processo já por si enviesado (nas expectativas individuais), podem influenciar directamente o comportamento, conduzindo à discriminação. Ao mesmo tempo, racionalizam atitudes hostis, corroborando a sua existência tanto a nível individual como cultural.

Após a descrição pormenorizada dos três tipos de imagem (e noções inerentes) que procedem do conceito de imagem em geral, será este o conceito – o de imagem em geral – o adoptado no presente estudo. Esta opção justifica-se pelo facto de as imagens do envelhecimento e da velhice manifestadas pelos indivíduos englobarem e circunscreverem as imagens mentais, sociais e culturais de forma interligada.

Atente-se agora na relação que possa existir entre essas imagens em geral e a realidades da velhice.

## **2. Imagens e realidades da velhice**

Há uma associação entre as imagens em geral (constituídas por imagens mentais, sociais e culturais interligadas) que se têm sobre as pessoas idosas e a velhice e a realidade dos indivíduos, uma vez que as primeiras influenciam e reflectem-se na forma como estes se relacionam entre si (McGowan, 1996; Palmore, 2004). Essas imagens tanto podem assumir uma natureza negativa como positiva, neutra ou ambivalente (negativa e positiva, em simultâneo), que determinará os moldes de interacção entre os indivíduos das diferentes faixas etárias (intergeracional) ou entre os indivíduos da mesma idade (intrageracional).

As imagens de pessoa idosa e velhice não incidem, necessariamente, num indivíduo específico, mas tendem a ocorrer no plano do imaginário do que se



considera ser 'a pessoa idosa' (Cuddy & Fiske, 2002). Com frequência, a pessoa idosa é catalogada numa categoria lata, caracterizada como um protótipo que apresenta atributos particulares, distintos dos dos mais jovens.

Ao longo da investigação, a caracterização da natureza das imagens da velhice ou o que caracteriza as pessoas idosas sofreu algumas alterações. Os estudos menos recentes apontavam para fossem predominantemente negativas, mas outros estudos posteriores já indicam a coexistência de imagens negativas, positivas e neutras em relação às pessoas idosas e à velhice. Dentro deste pressuposto, existe alguma inconsistência/variabilidade nos resultados: alguns encontram atitudes neutras para com as pessoas idosas (Knox, Gekoski, & Johnson, 1986; Perdue & Gurtman, 1990); outros atitudes ambivalentes (negativas e positivas) (Braithwaite, 1986; Hummert, 1994); em alguns casos ainda, atitudes mais neutras ou positivas do que negativas (Lutsky, 1980); e, por fim, outros ainda encontram atitudes ligeiramente positivas (Kite & Johnson, 1988).

Também quanto à sua estrutura, em termos de dimensão, registou-se uma mudança nos resultados obtidos. Deixou de se referir 'a imagem' (unidimensional) mas 'as imagens' da velhice (multidimensional) (Hummert, 1999; Lutsky, 1980). A investigação mais recente sugere a presença de complexidade e multidimensionalidade nas imagens da velhice dado que estas não dependem somente da idade, mas também do estilo de vida associado, compondo-se de diferentes subcategorias (Lehr & Thomaes, 2003).

Hummel (1995) identificou três imagens bem distintas. Duas delas surgem associadas às pessoas velhas em geral: a imagem da velhice ingrata (negativa) e a imagem da velhice aberta, florida (positiva); a terceira surge associada a um modelo específico: o de avó. Por seu lado, Brewer, Dull & Lui (1981) sugerem três imagens e relativas subcategorias: (i) (também a de) avó (que representa a matriarca, bondosa, serena e de confiança); (ii) cidadão sénior (que representa, para ambos os géneros, a imagem de isolamento e inactividade, retrógrado e preocupado); e (iii) diplomata (que representa a imagem de distinção e respeito, inteligente, competitivo, agressivo e intolerante). Noutros dois outros estudos realizados com jovens, jovens adultos, adultos de meia-idade e idosos (Hummert et al., 1994; Schmidt & Boland, 1986) emergiram doze subcategorias: oito delas negativas (abatido, ligeiramente enfraquecido, vulnerável, muito enfraquecido, mesquinho/miserável, isolado, vizinho inquisitivo e ocioso) e quatro positivas (estilo John Wayne moderado, matriarca/patriarca generosa/o, avó perfeita e sábio).

Em geral, as imagens da velhice que emergem dos estudos incidem em três ordens, a biológica, a psicológica e a social (Harrigan & Farmer, 1992; citados em Marco & Delgado, 2005). Quanto à dimensão *biológica*, relacionada com a aparência física e funcionalidade, tendem a emergir as subcategorias de saúde/doença, presença/ausência de atracção física e desejo sexual, sonho e esforço. A dimensão *psicológica* tende a centrar-se na componente cognitiva como a tranquilidade, responsabilidade, inteligência, memória, solução de problemas, rigidez, senilidade e dependência. Em relação à dimensão *social*, associada a uma componente afectiva dos indivíduos, tendem a emergir as subcategorias relativas ao abandono, isolamento, alheamento, stresse, reforma e ocupação do tempo livre.

Para além de se caracterizarem pela multidimensionalidade, as imagens também podem assumir uma natureza implícita, ou seja, encontrarem-se encobertas. A investigação sugere que tal ocorre quando os indivíduos não têm consciência de que possuem determinadas imagens, e por esse motivo não as podem identificar ou controlar (Bailey, 1991; Harris, Page, & Begay, 1988). Esta dinâmica repercute-se numa discriminação mais pungente: quando não se tem consciência das imagens negativas tidas sobre outros, os indivíduos tendem a atribuir essa ideia a outro aspecto/factor. Apresenta-se como exemplo o seguinte caso: quando o indivíduo constata que uma pessoa idosa confunde o que lhe estão a dizer, atribui-lhe de imediato a causa/factor idade. Possui uma imagem negativa de pessoa idosa, considerando-a incompetente, e acaba por fazer de forma automática a associação desse desempenho negativo à idade (não considerando que pode dever-se a outra causa/factor, como o cansaço). Por outras palavras, a imagem negativa está presente, mas de forma implícita, não declarada (muita idade igual a incompetência).

### **2.1. Imagens mais comuns**

As imagens da velhice mais comuns tendem a manifestar-se quer em contextos intergeracionais quer intrageracionais. Num estudo sobre o idadismo intergeracional no meio académico, procurou identificar-se quais as imagens que os cientistas mais novos possuíam dos colegas mais velhos (Schroots, 2003). Estes foram caracterizados como não criativos, não produtivos, inflexíveis, autoritários e um obstáculo à carreira dos mais novos. No entanto, devido à sua experiência, foram também considerados essenciais no desempenho do papel de mentores.

Estes resultados demonstram a já comentada multidimensionalidade das imagens da velhice (imagens velhistas), coexistindo dimensões negativas e positivas.

Para além destas duas dimensões das imagens da velhice, negativas e positivas, encontra-se também a existência das denominadas imagens neutras. Em contraponto à valência negativa (velhice associada a declínio), à valência positiva (velhice associada a tranquilidade e sabedoria) ou a uma ambivalência (velhice associada a declínio e a sabedoria em simultâneo) das imagens, a valência neutra não implica qualquer conotação valorativa, apenas constatações e que não envolvem quaisquer juízos de valor ('factos' da velhice).

Passa-se então a descrever as imagens mais comuns relativas à velhice, apresentadas quanto à sua natureza negativa, positiva e neutra, observando a sua correspondência ou não com a realidade.

#### **2.1.1. Imagens negativas mais comuns**

As imagens negativas da velhice tendem a associar esta fase à deterioração, organizando-se em três grandes categorias: as imagens relativas ao declínio, as relativas à perda e as relativas à imagem corporal (Hurd, 1999). Atente-se no espectro de abrangência destas imagens, que incidem nos aspectos biológico, psicológico e social do indivíduo. Massifica-se a ideia de fragilidade e vulnerabilidade, pouca atractividade e perda de interesse sexual; senilidade, depressão, rabugice, emotividade, infelicidade e desespero, pouca ou nenhuma criatividade; solidão, conservadorismo, inflexibilidade, passadismo, segunda infância. Associa-se a velhice, assim, à debilidade física, à perda de faculdades mentais e a um corpo 'pouco digno'. Características como a fraca sociabilidade e a pouca satisfação com a vida são também amplificadas (Amir & Bem-Ari, 1989; citado em Cheung, Chan & Lee, 1999).

Passe-se a analisar cada uma das imagens negativas mais comuns da velhice, comentando a sua correspondência ou não com a realidade, onde se destacam a homogeneidade das pessoas idosas, a doença e dependência funcional, a impotência e assexualidade, a fealdade, o declínio mental, a inutilidade, o isolamento, a pobreza e a depressão (Austrália Queensland Department, 2002; Berger, 1995; Estes & Rundall, 1992; Kane, 2004; Kart & Kinney, 2001; Nelson, 2002; OMS, 1999; Palmore, 1999; Rowe & Kahn, 1998; Salgado, 2000; Santos, 2000; Wilkinson & Ferraro, 2002; Williams et al., 1997). Ressalva-se, ainda, que dos muitos indivíduos que manifestam estas imagens, nem todos corroboram a sua totalidade, e que há

indivíduos que não concordam com nenhuma destas imagens identificadas (Palmore, 1999).

*(a) As pessoas idosas são todas iguais (grupo homogéneo)*

Uma das imagens mais generalizadas é considerar que as pessoas idosas constituem um grupo homogéneo seja quanto à forma de vestir, estar, pensar, preferências alimentares e estéticas, funcionalidade do organismo e necessidades. Contudo, a investigação indica o oposto: a heterogeneidade e a diversidade aumentam com a idade (Marco & Delgado, 2005). À medida que envelhece, o indivíduo diferencia-se dos restantes. As suas particularidades evidenciam-se tanto no aspecto socioeconómico como cultural, pelo que a variabilidade interindividual atinge o seu ponto máximo (Kart & Kinney, 2001; Rowe & Kahn, 1998). Encontram-se, assim, indivíduos tão diferentes quanto à maneira como envelhecem como no modo de interacção com os outros. Tal diversidade, porém, arrasta consigo um efeito pernicioso, o de se poder identificar sempre, em alguém, pelo menos uma das diversas características incorrectamente imputadas a todas as pessoas idosas. Ou seja, confundir-se o processo patológico de envelhecimento com o processo normal de envelhecimento (Butler, 1989).

No âmbito da heterogeneidade das pessoas idosas verifica-se, assim, que há sempre umas tantas pessoas idosas que se queixam em demasia, que não têm qualquer actividade física, que não querem ter hábitos de higiene ou que se vestem sempre de escuro. Em contraponto, haverá também sempre quem não se lamente, quem se exercite nas suas tarefas diárias, quem tenha hábitos de higiene e quem se vista de cores variadas. Neste sentido, Moody (2002) sugere a existência de pelo menos duas categorias de pessoas idosas, conjugando as variáveis doença/saúde e pobreza/riqueza: uma primeira categoria, os "*ill-derly*", que respeita a pessoa idosas doentes ou que tenham pouco poder económico e uma segunda categoria, os "*well-derly*", que respeita a pessoas idosas saudáveis ou que sejam economicamente desafogadas.

*(b) Doença e dependência funcional*

É talvez a imagem negativa da velhice mais popularizada, considerando-se todas as pessoas idosas como doentes ou com alguma incapacidade (Kart & Kinney, 2001; Rowe & Kahn, 1998). Há a ideia generalizada de que as pessoas idosas

desenvolvem infecções com muita facilidade, que devido a doenças passam muito tempo em casa, onde sofrem vários acidentes, que têm pouca coordenação motora e que se sentem cansadas a maior parte do tempo (Tuckman & Lorge, 1958).

De facto, na velhice, verifica-se uma maior probabilidade de desenvolvimento de doenças, mas não é inevitável que surjam nem que se tornem crónicas. Alguns indivíduos apresentam um declínio precoce do estado de saúde e das competências cognitivas, pelo que necessitam de cuidados de suporte social e tratamento permanentes. No entanto, outros não apresentam problemas de maior até aos 80 anos ou mais (Estes & Rundall, 1992). A maioria das pessoas idosas é saudável e consegue assegurar as suas actividades diárias. Num estudo exploratório realizado na população portuguesa, com pessoas idosas com 75 anos ou mais, 79,7% dos inquiridos eram autónomos, 10,8% quase autónomos, por contraposição a 5,4% quase dependentes e 4,1% dependentes (Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003).

Esta imagem negativa de doença e dependência funcional foi influenciada em muito pela metodologia utilizada nos primeiros estudos em gerontologia. Muitos deles foram realizados com pessoas idosas institucionalizadas (que representam 5% da totalidade das pessoas idosas), e pressupôs-se uma hipotética extensão dos resultados às pessoas idosas não institucionalizadas. Deste modo, há que considerar que os denominados efeitos da velhice são diferentes dos efeitos patológicos muito pronunciados nas pessoas idosas institucionalizadas e nas quais qualquer declínio precoce reflecte normalmente a patologia e não o facto de se possuir mais anos (Hansson & Carpenter, 1994).

### *(c) Impotência e assexualidade*

A imagem negativa da velhice de impotência e assexualidade é muito comum, caracterizando as pessoas idosas como indivíduos com ausência de desejo ou de prazer sexual. Quem manifesta esta imagem considera que as pessoas idosas que demonstram desejo são perversas e 'anormais' (Palmore, 1999). Mesmos os profissionais de saúde e de acção social que trabalham com pessoas idosas tendem a ignorar a sua dimensão sexual ou a atribuir-lhe pouca importância. Como possíveis consequências surge a vergonha por se sentir desejo ou prazer sexual, um obstáculo ao namoro ou casamento na velhice.

Todavia, muitos indivíduos com 65 anos ou mais apresentam interesse e capacidade para uma vida sexual activa. Inclusivamente indivíduos com 70 e 80 anos, aquando numa relação em que ambos são saudáveis, mantêm a actividade sexual (Kart & Kinney, 2001; Rowe & Kahn, 1998; Verwoerdt, Pfeiffer & Wang, 1969). A sexualidade preserva-se como parte importante das suas vidas, por vezes até mais satisfatória do que quando eram novos. Na sua base poderá estar a já inexistência do medo de engravidar, de stresse no emprego ou de cuidados com crianças/filhos, assim como o facto de existir mais tempo de lazer e haver mais maturidade nas relações (Palmore, 1999). Para além disso, foi encontrada uma associação entre a actividade sexual existente e a mantida nas décadas anteriores: caso tenha sido satisfatória, há uma forte probabilidade de assim continuar (Verwoerdt, Pfeiffer & Wang, 1969).

#### (d) *Fealdade*

A associação de fealdade à velhice é muito comum, encontrando-se patente nas palavras que se utilizam quando se faz referência às pessoas idosas: encarquilhadas, fósseis, bruxas, desorientadas, sibilas, enrugadas (Palmore, 1999). Num estudo de Fredrickson, Collins & Carstensen (1989), esta associação emergiu com alguma evidência. Num universo de indivíduos com menos de 30 anos e mais de 56 anos, foram-lhes apresentados rostos atractivos e não atractivos (de indivíduos jovens e idosos, com expressões neutras ou relaxadas). Constatou-se que o atributo de fealdade surgiu, na verdade, bastantes vezes associado à velhice (Wernick & Manaster, 1982; citado em Palmore, 1999). Como já anteriormente referido no presente estudo, esta imagem tem sido fomentada, em grande parte, pelo actual 'mito da juventude', que limita a aceitação de diferentes tipos de beleza: só o novo é associado ao sucesso e o resto é marginalizado. Este fenómeno tem-se revelado mais pernicioso para as mulheres, uma vez que para além da pressão social exercida pela imagem da mulher perfeita, com o passar dos anos uma mulher fica 'simplesmente' mais velha em contraponto ao homem, que se torna 'mais charmoso'.

Contudo, há culturas onde a beleza não aparece somente associada à juventude, nomeadamente nas sociedades nipónica e indiana. As pessoas idosas são respeitadas e consideradas de sobremaneira: a quem possuir cabelo prateado e rugas é-lhe atribuído o estatuto de sábio, maturo, valorizando os seus muitos anos de trabalho pela comunidade (Palmore, 1999).

*(e) Declínio mental*

A imagem negativa da velhice de declínio mental relaciona-se com a ideia geral de que à medida que se envelhece, as competências mentais diminuem, e em particular a partir da meia-idade, quando se verifica um declínio na inteligência, memória, capacidade de aprendizagem e criatividade dos indivíduos (Palmore, 1999).

No entanto, apesar de o tempo de reacção tender a diminuir, o que pode implicar mais tempo numa aprendizagem, muitas pessoas idosas mantêm essas habilidades mentais (Salthouse, 1991). Sabe-se que a memória e a capacidade de aprendizagem estão associadas ao sistema nervoso, mas as alterações nessas dimensões devem-se, em larga medida, a outras variáveis que não a idade ou condições associadas. É o caso das doenças, da motivação, do estilo de aprendizagem, da falta de prática ou da não familiaridade com as novas tarefas e da qualidade da instrução (Poo, 1995; citado em Palmore, 1999). Quando consideradas estas variáveis, verifica-se que a idade não assume tanto peso nas competências mentais, em particular na capacidade de aprendizagem. Autores como Kart & Kinney (2001) e Rowe & Kahn (1998) sugerem inclusivamente que apesar de a criatividade apresentar o seu ponto óptimo na década dos 40 anos, nas de 60 e 70 anos continua a haver produção de novas ideias, excedendo por vezes a qualidade da segunda década de vida (20/30 anos).

*(f) Inutilidade*

A imagem negativa da velhice de inutilidade reflecte a ideia de que as pessoas idosas já estão física e mentalmente incapazes de trabalhar e que por isso não são produtivas. Esta é a imagem que está na base da reforma obrigatória e da discriminação na empregabilidade e promoção profissional dos trabalhadores mais velhos.

Contudo, algumas investigações sugerem que os indivíduos idosos trabalham tanto ou melhor do que os mais jovens (McCann & Giles, 2002; Palmore, 1999). A excepção ocorre em tarefas físicas que exijam rapidez e movimentos específicos, em relação aos quais se verifica algum declínio com a idade. Já em termos intelectuais, as diferenças tornam-se mais notórias somente a partir da sétima década de vida ou mais. Acresce que os trabalhadores mais velhos tendem a ser mais persistentes nas tarefas laborais, a trocar menos de emprego, a ter menos

acidentes e a apresentar menores índices de absentismo do que os colegas mais jovens.

Há ainda que referir que as pessoas idosas contribuem para a sociedade de uma outra forma, raras vezes mencionada: a sua participação nas tarefas familiares do dia-a-dia, tais como ajudar no quotidiano dos filhos (compras, recados, pagamentos, trabalho doméstico) ou cuidar dos netos (refeições, levar à escola, passeios), revestem-se de uma natureza informalmente produtiva.

#### *(g) Isolamento*

A imagem negativa da velhice de isolamento reflecte a ideia de que as pessoas idosas estão socialmente isoladas e são solitárias, não interagindo com os outros elementos da rede familiar e possíveis redes sociais (Kart & Kinney, 2001; Palmore, 1999).

Contudo, pode afirmar-se que muitas das pessoas idosas não estão votadas à solidão: algumas vivem com o seu cônjuge ou família, outras mantêm relações com vizinhos e parentes mais distantes. Segundo Palmore (1999) apesar de diversos estudos sugerirem uma diminuição da actividade social com o avançar da idade, o número de pessoas idosas que pertence e permanece numa rede social mantém-se, apenas mudando as características dos indivíduos que compõem essa rede social (em particular no nível das médias de idades). Verifica-se alguma redução no número de familiares mais velhos (como pais, tios, irmãos, primos) e de antigos amigos ou vizinhos, mas também a inserção de elementos mais novos (como filhos, sobrinhos ou netos, amigos e vizinhos mais novos) (Palmore, 1999). Constata-se assim que, apesar da morte de familiares, de amigos ou de migrações, há uma tentativa de renovar a rede social.

#### *(h) Pobreza*

Esta imagem negativa da velhice relacionada com a pobreza considera que a grande maioria das pessoas idosas recebe uma pensão de sobrevivência para fazer face às suas necessidades económicas. De referir que em Portugal as pessoas idosas tendem a ser mais pobres do que a restante população e que tal decorre do contexto histórico-social e económico do país. Num estudo realizado pelo Centro Europeu de Investigação em Política Social em 2006, comparando os 25 países então pertencentes à União Europeia, Portugal situava-se em quarto lugar no que



respeita à percentagem de pessoas idosas que vivem na pobreza (em relação ao resto da população): 29% dispunha de um rendimento inferior a 60% do rendimento médio nacional (por volta de 260 euros).

De ressaltar que esta imagem de pobreza apresenta uma dicotomia: há quem pense que em geral as pessoas idosas são pobres (a perspectiva mais corrente), mas há também quem considere que em geral são ricas. Na verdade, a imagem de pobreza não corresponde ao perfil nem à realidade de todas as pessoas idosas. Algumas auferem rendimentos que lhes permitem ter uma vida tranquila; mesmo que a reforma seja inferior ao salário anteriormente auferido, em muitos dos casos as despesas também diminuem, uma vez que deixam de ter filhos dependentes a seu encargo. Contudo, há que referir que apesar de auferirem rendimentos médios, as despesas com a saúde tendem a aumentar substancialmente.

#### (i) *Depressão*

Analisando todas as imagens negativas mais comuns que lhe são associadas, há uma que emerge quase como 'o resultado da velhice': a imagem de depressão.

Numa investigação já anteriormente referida no presente estudo e realizada por Fredrickson, Collins & Carstensen (1989), a partir de fotografias de rostos de indivíduos jovens e idosos apresentando expressões neutras ou relaxadas, os rostos de pessoas idosas e expressivamente neutros foram conotados com tristeza ou depressão. Os seus autores consideraram que tal ocorreu porque se esperava que as pessoas idosas estivessem no seu estado 'normal': tristes. Num outro estudo realizado na população portuguesa, sugere-se que a imagem da velhice 'como uma fase normal da vida', sem qualquer referência a tristeza ou depressão, é mais consistente entre as pessoas idosas do que na restante população (Sousa & Cerqueira, 2004, 2005, 2006; Sousa, Cerqueira, & Galante, 2008). Neste sentido, infere-se que é mais entre as não-idosas que ser-se velho é sinónimo de desanimado e vulnerável, ou seja, deprimido.

Contrariando esta imagem, verifica-se que nos Estados Unidos da América, por exemplo, a depressão é menos prevalente nas pessoas idosas do que na população em geral (Palmore, 1999). Muitas afirmam ser relativamente felizes: em termos de valores morais e satisfação com a vida não existem diferenças significativas entre os vários grupos etários nesse país. O que estes dados reflectem é que a questão da depressão está fortemente relacionada com o contexto

socioeconómico e cultural dos indivíduos e não somente com questões de ordem fisiológica.

### **2.1.2. Imagens positivas mais comuns**

O padrão de atribuição de imagens positivas surge mais associado à juventude do que à velhice (e, quando comparado ao de imagens negativas, revela-se mais fraco) (Heckhausen, Dixon, & Baltes, 1989). No entanto, Schonfield (1982; citado em Palmore, 1999) afirma que a adopção de atitudes negativas para com as pessoas idosas se trata, somente, de um *mito* social. Alguns estudos sugerem que certas atribuições imputadas à velhice se revestem de natureza positiva e que se fazem sentir quer na qualidade de vida das pessoas idosas, quer na família e na própria comunidade (Hagestad & Uhlenberg, 2005; Palmore, 1999; Wilkinson & Ferraro, 2002). Apesar de menos estudadas, em contraponto às imagens negativas, algumas imagens positivas da velhice emergem na investigação, entre as quais se destacam a bondade, sabedoria, confiança, liberdade, felicidade, serenidade e sabedoria (Braithwaite, 1986; Heckhausen, Dixon, & Baltes, 1989; Palmore, 1999; (Pasupathi, Carstensen, & Tsai, 1995; Stewart & Ryan, 1982).

Passa-se a descrever estas imagens positivas mais comuns e comentar-se-á a sua correspondência ou não com a realidade da velhice.

#### **(a) Bondade**

Esta imagem positiva da velhice emerge na investigação como uma das mais comuns e tende a ser manifestada em dois moldes (Palmore, 1999): a imagem do avô, e principalmente a da avó, generosos, que mimam os netos, e a imagem das pessoas idosas que são gentis e delicadas com todos. No entanto, a literatura salienta que se pode tornar negativa se referida de modo excessivo (Kim, 2000). Sabe-se que é uma característica que não se desenvolve só por se ser velho, mas sim mais linear do que se pensa: se o indivíduo sempre foi bondoso, à partida continuará a sê-lo; se não o foi, tende a manter a ausência dessa característica na velhice.

#### **(b) Sabedoria**

A imagem positiva de sabedoria envolve a ideia de que, à medida que se vive mais anos, tende-se a acumular experiência de vida e a adquirir maturidade, o que

se traduz em sabedoria. A sabedoria manifesta-se através de (Staudinger, Smith, & Baltes, 1994; citados em Marchand, 2001): (i) um conhecimento factual sobre assuntos da vida (interacções e normas sociais; conhecimento do efeito das emoções, as necessidades psicológicas das pessoas...); (ii) uma visão prática sobre a resolução de problemas da vida (procedimentos para a tomada de decisões, planificar acções, observar as reacções emocionais próprias e as dos outros...); (iii) uma visão contextual da vida (situar os acontecimentos na sua rede complexa de relações); (iv) uma visão relativa da vida (separar a sua visão pessoal da dos outros); e (v) a assumpção da incerteza na gestão dos factos da vida (não há certezas absolutas, mas há que tomar decisões e assumi-las).

Com o avanço tecnológico, os conhecimentos dos mais velhos tendem a ficar obsoletos e desinteressantes para as gerações mais novas. Assim pode correr-se o perigo de se considerar este aspecto na óptica produtivista, na qual a sabedoria se poderá tornar numa característica desvalorizada. No entanto, há aspectos inerentes ao ser humano que nunca mudam. Questões práticas no lidar com problemas, com relações interpessoais, ou questões filosóficas ligadas à existência que exigem sempre uma maior capacidade de reflectir e de relacionar diversas perspectivas e factores de influência, permitindo decisões mais ponderadas.

### *(c) Confiança*

Esta imagem positiva da velhice baseia-se no seguinte raciocínio: uma vez que as pessoas idosas terão mais sabedoria e serão bondosas, também serão de confiança. Na verdade, em contexto familiar, quando as pessoas idosas não apresentam problemas cognitivos são vistas como alguém que sabe o que diz. Dada a vasta experiência de vida, tendem a possuir a capacidade para relativizar os problemas, sendo muitas vezes o pilar na família. Além disso, muitas pessoas idosas são perspectivadas como depositárias da história e da memória da família, alguém que dá um sentido e um significado ao conjunto dos seus membros. Em contexto laboral, e como já referido anteriormente neste presente estudo, são as pessoas idosas quem manifesta níveis de constância mais elevados: apresentam menos taxas de absentismo, de troca de emprego, de acidentes e uma maior taxa de lealdade para com as instituições onde trabalham (McCann & Giles, 2002; Palmore, 1999). Tendem, também, a apresentar uma menor taxa de alcoolismo e de toxicodependência que os colegas mais jovens.

*(d) Liberdade*

A imagem positiva de liberdade da velhice traduz a ideia de que as pessoas idosas, como estão reformadas e já não têm a seu cargo a educação dos filhos, distribuem o tempo da forma como entendem. Porém, isto poderá não corresponder totalmente à realidade. Os deveres e obrigações legais e civis mantêm-se, assim como as obrigações familiares e sociais. O terem que cuidar da saúde e gerir com cautela as finanças, o envolverem-se em actividades ('parar é morrer!') juntamente com o esforço para se manterem independentes, ocupam grande parte do seu tempo. Também as expectativas e controlo sociais, que resultam na 'ditadura da conduta' da pessoa idosa, prescrevem, muitas vezes, qual a 'sua' forma de estar. Junta-se ainda o que é esperado no meio familiar, que as pessoas idosas sejam cuidadoras dos netos (uma vez que supostamente têm mais disponibilidade do que os pais), que continuem a constituir algum suporte financeiro para os filhos, que transmitam as tradições e sejam o pilar da família. Se todos ou mesmo uma parte destes afazeres tiverem lugar, tomam às pessoas idosas uma fracção substancial do seu tempo e liberdade de acção.

*(e) Felicidade*

Também esta imagem positiva da velhice se baseia noutras imagens positivas: porque as pessoas idosas são mais sábias e têm mais tempo livre, serão mais felizes. Como já anteriormente referido no presente estudo, algumas investigações sugerem que as pessoas idosas apresentam menos níveis de depressão do que as restantes faixas etárias (Palmore, 1999). Todavia, na satisfação com a vida, não há grandes diferenças em termos de felicidade ou infelicidade em relação aos restantes. Há sim uma mudança na natureza dos problemas. Apresenta-se como exemplo o facto de deixar de haver inquietação com a conservação do emprego, para se passar à preocupação com a saúde ou com o dinheiro disponível na reforma.

*(f) Serenidade*

Nesta imagem positiva de serenidade da velhice considera-se que, uma vez que deixa de haver aspectos com os quais já não precisam de se preocupar, as pessoas idosas tendem a relaxar e apreciar os frutos de uma vida de trabalho. Está também implícita a consideração de que nesta fase podem aproveitar-se novas

oportunidades e desenvolver novas actividades, pois há mais tempo e disponibilidade mental. O cuidar dos filhos já não se coloca, e o cuidar dos netos tende a situar-se num nível mais emocional e de lazer e menos económico.

Contudo, a fase da velhice não é necessariamente sinónimo desta acalmia. Há pessoas idosas que vivem situações mais stressantes do que as jovens, nomeadamente com as preocupações financeiras e com a saúde, o que não lhes permite essa suposta serenidade (Fernández-Ballesteros et al., 1999; Moragas, 2003).

### **2.1.3. Imagens neutras mais comuns**

As imagens neutras mais comuns da velhice caracterizam-se pela ausência de atribuição às pessoas idosas de conotações valorativas (positivas ou negativas), apresentando apenas constatações de factos. São imagens que incidem em diversas áreas como a política e social, a religião, a saúde, a habitação ou o estado de espírito das pessoas idosas (Kart & Kinney, 2001; OMS, 1999; Palmore, 1999; Rowe & Kahn, 1998).

Há que ressaltar, no entanto, que a neutralidade destas imagens pode, em algumas situações, ser aparente. Featherstone & Hepworth (2005) chamam a atenção para o facto de algumas imagens neutras traduzirem, implicitamente, uma mensagem moral ou política, na qual existe uma distinção entre formas de envelhecimento aceitáveis ou formas inaceitáveis. Por exemplo, admitir como normal que a reforma resulte num declínio da saúde das pessoas idosas, mesmo que estas não sejam vistas negativamente de modo explícito. Todavia esta imagem que relaciona aposentação com deterioração física, apesar de ser classificada como neutra, nunca é associada aos mais novos. Ou seja, acaba por fazer-se algum juízo de valor idadista em relação às pessoas idosas.

Esta alegada neutralidade das imagens pode, ainda, ser fruto da perspectiva do denominado *novo velhismo*, que se caracteriza pelo cuidado em se evitar manifestar qualquer posição velhista (já referido anteriormente no presente estudo) (McVittie, McLinlay & Widdicombe, 2003). Essa preocupação conduz à utilização de palavras e descrições que têm o objectivo de retirar todo o cariz negativo à velhice, não se deixando contudo de estar perante uma camuflagem do velhismo.

Atente-se nas imagens neutras mais comuns, observando a sua correspondência ou não com a realidade da velhice.

*(a) As pessoas idosas começam a ter mais peso político (poder grisalho)*

Esta imagem neutra considera a ideia de que a população idosa é cada vez mais numerosa em termos demográficos, pelo que as pessoas idosas terão maior influência nas decisões políticas. Tal fenómeno já começa a ter visibilidade em países como os Estados Unidos da América ou a França.

Apesar de também em Portugal se verificar um aumento da população idosa (INE, 2009), a percentagem de idosos portugueses que votam não é tão representativa assim, pelo que (ainda) não se poderá falar em 'lobby da velhice'. Em 1999 registou-se o aparecimento do Partido de Solidariedade Nacional, que pugnava pela defesa dos direitos dos cidadãos aposentados. Em 1991, conquistou um deputado para a Assembleia da República, mas nas eleições seguintes, em 1995, não conseguiu manter esse lugar. Desde as eleições legislativas de 2002 deixou praticamente de existir, não apresentando qualquer lista. Abstraindo a experiência que foi esse movimento político, em Portugal as pessoas idosas tendem a dispersar o voto pelas várias propostas partidárias, pelo que acabam por possuir menos poder do que aconteceria caso votassem em bloco no mesmo partido.

*(b) As pessoas idosas são mais propensas a ser alvo de crimes do que os jovens*

A imagem neutra de que os idosos são mais vítimas de crimes do que os outros grupos etários, deve-se à sua suposta condição de fragilidade. Na verdade, muitas pessoas idosas vivem sozinhas em centros urbanos que apresentam uma taxa de criminalidade considerável e andam na via e nos transportes públicos sem lhes acontecer qualquer incidente. Sabe-se, inclusive, que quando comparada com a restante população, a faixa etária das pessoas idosas é a que apresenta menores queixas e taxas de agressão ou de roubo.

*(c) A reforma tende a facilitar o declínio na saúde e a morte mais precoce nas pessoas idosas*

Nesta imagem neutra da velhice considera-se que a reforma tem implicações na saúde dos indivíduos que não se devem somente à idade. Na verdade, sabe-se que as pessoas idosas tendem a ser mais vulneráveis ao surgimento de doenças do que as mais novas, e pode haver uma relação entre a idade e as condições fisiológicas do indivíduo na altura da reforma (que normalmente ocorre entre os 60

anos e os 65 anos). No entanto, esta imagem incide no facto de a reforma fomentar a inactividade das pessoas idosas, deteriorando as suas capacidades.

Todavia, quando se compara o estado de saúde anterior à reforma com o posterior, nem sempre esta questão se coloca. Alguns estudos sugerem que a condição de saúde dos indivíduos que trabalhavam em ambientes stressantes regista, inclusivamente, uma melhoria desde que se reformaram (Wilkinson & Ferraro, 2002). Além disso, muitas pessoas idosas passam a participar em actividades físicas e intelectuais, uma vez que passam a ter disponibilidade em termos de tempo. Essas actividades tendem a ser uma fonte de grande prazer e realização das pessoas idosas, visto não serem impostas (como muitas das tarefas laborais), mas escolhidas de acordo com as suas preferências.

*(d) As pessoas idosas ficam mais religiosas (espirituais) à medida que envelhecem*

A religiosidade considerada nesta imagem não assume nem uma natureza negativa (sinónimo de beatice), nem positiva (sinónimo de força), mas é perspectivada como uma prática pessoal neutra. No entanto, está implícita a ideia de que com o passar dos anos os indivíduos tendem a desenvolver e exercer mais a sua vertente espiritual.

A investigação, contudo, sugere um outro aspecto: no que diz respeito à frequência de instituições e organizações religiosas, esta mantém-se regular ao longo da vida, até no caso das pessoas idosas incapacitadas (Kart & Kinney, 2004). Mesmo nos indivíduos que seguem as celebrações religiosas pelos meios de comunicação social, a taxa de acompanhamento tende a manter-se estável pela vida fora.

*(e) A influência genética é determinante na saúde da pessoa idosa*

Esta imagem neutra implica a ideia de que as doenças que se desenvolvem na velhice se associam, em particular, à transmissão familiar (Farrer, 1987; Johnson, 1988; Paigen, 1979, citado em Baltes & Baltes, 1993; Rowe & Kahn, 1998).

Apesar de se saber que a probabilidade de surgirem certas doenças é herdada de um ou da combinação genética dos dois progenitores (como é o caso da paramiloidose familiar ou da fibrose quística), estudos sugerem, todavia, que o meio ambiente e o estilo de vida são tão ou mais importantes e determinantes nesse

processo (Henderson, 1982; Mayer & Baker, 1985; 1993; Sprott, 1983; citados em Pedersen & Harris, 1993).

(f) *As pessoas idosas são abandonadas pelos familiares e/ou acabam por ir para lares*

A presença desta imagem neutra tem vindo a registar um aumento na população em geral. É uma realidade o facto de as famílias terem cada vez menos possibilidade de ficar com os seus idosos dependentes em casa, pelo que se vêem na obrigatoriedade de encontrar outras soluções. Como resposta a este fenómeno, surgiram equipamentos sociais que tentam colmatar essa necessidade. Por outro lado, é também uma realidade que algumas famílias abdicam de tomar conta dos seus idosos, deixando essa responsabilidade para a tutela do Estado.

Contudo, a percentagem de indivíduos institucionalizados com mais de 65 anos é de 4% a 5%, constatando-se que a esmagadora maioria da população idosa vive na sua casa, sozinha ou com o cônjuge, e por opção (Santos, 2000; Schaie & Willis, 2001). Muitas famílias acabam por tentar retardar a ida dos seus familiares para lares, pagando o serviço de apoio domiciliário prestado por instituições locais para que os seus idosos não se vejam obrigados a sair da sua casa. Só mesmo quando se tornam completamente dependentes é que essa decisão é tomada, muitas vezes envolta na sensação de angústia e impotência.

(g) *Eterna juventude se assim se quiser*

Relacionada com a glorificação da juventude, esta imagem neutra considera a ideia de que as pessoas idosas podem permanecer jovens se assim entenderem. Seja em termos físicos, com aplicação de cremes e recurso a cirurgias plásticas, seja em termos psicológicos (principalmente), com a manutenção de um estado de 'espírito jovem'.

Sabe-se que o processo de envelhecimento é passível de ser retardado em algumas dimensões com a adopção de estilos de vida saudáveis (não fumar, não beber, não se expor em demasia ao sol, praticar exercício físico, ter uma alimentação equilibrada, beber muita água, dormir bem). Porém, é de todo impossível travá-lo: apesar de se poder aumentar a longevidade e manter uma boa qualidade de vida por mais anos, não se consegue impedir o natural processo de envelhecimento.



*(h) A maioria das pessoas idosas vive nos países desenvolvidos*

Esta imagem neutra relaciona-se com a ideia de que nos países desenvolvidos a esperança média de vida é mais elevada, pelo que se verificará, em relação às restantes faixas etárias, uma maior percentagem de pessoas idosas nesses países do que nos em vias de desenvolvimento.

Contudo, a realidade inversa é que é verdadeira: devido à constante diminuição do número de nascimentos nos países desenvolvidos, actualmente cerca de 60% das pessoas idosas vive em países em vias de desenvolvimento (OMS, 1999). Não obstante, prevê-se que em 2020, em consequência do envelhecimento demográfico, esta situação se reverta, com 70% das pessoas idosas a viver nos países desenvolvidos.

*(i) Homens e mulheres envelhecem de forma igual*

Apesar de considerada uma imagem neutra, associa-se à imagem negativa de 'as pessoas idosas são todas iguais'. Esta imagem negativa tem como ponto de partida que todos os males de que os indivíduos velhos padecem se devem à idade e que são os mesmos (homogeneidade das pessoas idosas). Sabe-se que tal imagem não corresponde à realidade, tal como esta imagem neutra de envelhecimento similar entre o género feminino e o masculino.

Aquando da velhice, cada um dos géneros apresenta diferenças relativas e em particular no aspecto biológico. As mulheres têm uma esperança média de vida superior à dos homens (são mais resilientes, em especial na infância até à menopausa, devido ao sistema hormonal). Como tendem a viver mais anos, estão mais sujeitas a padecer de doenças crónicas, o que lhes retira alguma qualidade de vida na velhice em comparação com os homens (que vivem menos anos). Por outro lado após a menopausa, marco importante na saúde da mulher, são mais propensas a algumas doenças (como diabetes, osteoporose, hipertensão, incontinência e artrite) do que os homens, por questões hormonais. Já os homens tendem a sofrer mais de doenças coronárias (se bem que à medida que a mulher envelhece, também esta se torna uma das suas causas de morte mais frequentes).

Para além das questões biológicas, pertencer ao género feminino ou masculino tem condicionantes sociais que também influenciam o processo de envelhecimento. Em termos sociais, há determinadas competências e habilidades que tendem a ser adquiridas (ou não) pelo facto de se ser mulher ou homem. É

ainda tido como normal um homem não saber cozinhar para além do elementar ou não realizar outras tarefas domésticas. É por este motivo que quando um dos cônjuges fica viúvo, é a mulher quem tende a apresentar independência nas tarefas caseiras e mais competências sociais. Quanto ao homem, como não lhe foi exigido socialmente, não adquiriu essas competências ao longo da vida. Estes aspectos poderão justificar o facto de os homens tenderem a ser mais dependentes, o que terá repercussões na forma como o quotidiano se desenrolará a partir da viuvez. Como consequência, têm tendência a procurar companhia num menor espaço de tempo do que as mulheres. Também neste aspecto as expectativas e exigências sociais diferem consoante os géneros: se é bem visto que um viúvo ou divorciado idoso volte a casar e mesmo com uma senhora mais nova, já não o é tanto para uma mulher viúva ou divorciada com mais idade. Além disso, ainda hoje uma mulher idosa casar com um homem mais novo é motivo de algum escárnio. Talvez por estas condições, a mulher tem mais probabilidades de ficar sozinha em termos maritais do que o homem, com possíveis repercussões na sua qualidade de vida (devido à ausência de apoio do cônjuge).

Deste modo, em resultado dos diversos aspectos (biológicos, psicológicos e sociais) que influenciam o processo de envelhecimento nos dois géneros, as mulheres e os homens idosos manifestam diferenças na forma como vivenciam a própria fase da velhice.

#### **2.1.4. As imagens ambivalentes**

As imagens ambivalentes da velhice tendem a associar, em simultâneo, valências das imagens negativas e positivas mais comuns, sendo, por isso, compostas pelas duas valências. Acontece, por exemplo, quando se considera que a pessoa idosa é competente, mas ao mesmo tempo dependente. Ou quando a velhice é uma fase de sabedoria, mas também de isolamento. Distinguem-se das imagens neutras pois implicam não uma mera constatação, mas uma valoração das diferentes dimensões atribuídas às pessoas idosas.

#### **2.2. Variações das imagens com outros factores**

Como referido anteriormente neste presente estudo, o velhismo coexiste com outros -ismos (sexismo, racismo, classismo, heterossexismo, etnocentrismo), mas tem a particularidade de apresentar uma maior componente de auto-aversão: ninguém quer ser velho, embora todos queiram viver muitos anos (Andrews, 1999).

Constata-se, no entanto, que as atitudes discriminatórias em relação às pessoas idosas acabam por ser menos agressivas do que as dos outros *-ismos*. O grupo dos que discriminam, o das não-idosas, sabe que virá (provável e desejavelmente) a fazer parte do grupo dos discriminados, o das pessoas idosas (Neto, 1998; Nelson, 2002). Assim se desenha uma das características mais diferenciadora do velhismo: um indivíduo que seja sexista, racista ou etnocêntrico nunca fará parte, à partida, do grupo está a discriminar; mas um *velhista* deseja viver os anos suficientes para ser idoso. Apesar de haver a possibilidade de modificação de sexo (e consequente, de género), de pigmentação da pele ou de um processo de aculturação, as categorias de raça, género (sexo) e padrões culturais nos quais se foi educado são razoavelmente constantes, o que não acontece com a da idade. Desta forma, os elementos do endogrupo (grupo de pertença; *in-group*) tornar-se-ão a seu tempo membros do exogrupo.

O idadismo (velhismo) tem sido estudado em função de diferentes factores, nomeadamente idade, género, profissão e escolaridade, considerando-se as imagens que o respondente tem sobre o indivíduo-alvo (Rupp, Vodanovich, & Credé, 2005).

### **2.2.1. Imagens em diferentes grupos etários**

No que diz respeito às imagens da velhice nos diferentes grupos etários, a investigação tem-se desenvolvido, essencialmente, em duas linhas: imagens que as pessoas não-idosas (principalmente os jovens) têm da velhice e imagens das pessoas idosas em relação à própria velhice.

Comece-se por analisar como os elementos dos exogrupos (*out-groups*), os não-idosos, vêem a velhice. Alguns estudos menos recentes baseavam-se na assumpção de que as imagens negativas relativas à velhice são generalizadas e manifestadas tanto por jovens como pessoas idosas, mas que seriam as mais jovens quem tendia a manifestar imagens mais positivas (Hellbusch et al., 1974; Rothbaum, 1983). A investigação mais recente sugere que são os mais velhos quem tende a manifestar-se mais positivamente (Baltes, Staudinger, & Lindenberger, 1999; Berg & Sternberg, 1992; Guo, Erber, & Szuchman, 1999; Lutsky, 1980; Jackson & Sullinvan, 1988). Neste sentido, quanto mais novo for, mais atitudes negativas tem em relação às pessoas idosas: as crianças tendem a manifestar imagens mais negativas do que os adolescentes (apesar de não as estenderem aos próprios avós), sucedendo o mesmo quando os adultos se comparam com os mais velhos (Aday, Evans, & Sims,

1991; Kalavar, 2001; Lichtenstein et al., 2003). Ou seja, os adultos manifestam imagens mais negativas da velhice do que as próprias pessoas idosas.

Numa revisão da literatura (na sua maioria desenvolvida nos EUA) relativa às imagens que os elementos dos exogrupos (não-idosos) possuem da velhice, Cuddy e Fiske (2002) consideraram que essas imagens se organizam em torno de duas grandes dimensões: a de competência (independência e capacidade) e a de afectividade (sinceridade, amistosidade, confiabilidade). Estas duas dimensões dão origem a três diferentes imagens relativas às pessoas idosas: (i) a pessoa idosa é afectuosa e incompetente (amada, mas não respeitada); (ii) a pessoa idosa é competente e fria (respeitada, mas não amada); e (iii) a pessoa idosa é incompetente e fria (nem amada, nem respeitada). De referir que uma possível quarta imagem, a de a pessoa idosa ser afectuosa e competente (respeitada e amada) não surgiu, pois normalmente é manifestada somente pelos mais velhos, membros do endogrupo (idosos). Nessa revisão da literatura verificou-se que os mais jovens (jovens e adultos) tendem não a manifestar imagens positivas da velhice, mas sim imagens negativas ou imagens com uma vertente negativa e positiva em simultâneo, encontrando-se bem patente a presença do carácter complexo e multidimensional das imagens (Hummert, 1990). Essa tendência pode dever-se a vários factores, em particular à glorificação da juventude e à crença de que a juventude é a fase da vida mais risonha e venturosa (referido anteriormente no presente estudo). Em contraponto, apesar de poder registar-se a presença de competência ou afectividade, a velhice tende a ser perspectivada pelos mais novos (exogrupo) como uma fase tristonha, difícil, caracterizada por isolamento, inutilidade e doenças (Palmore, 1999).

Em conformidade, a investigação sugere que as pessoas idosas (endogrupo; *in-group*) tendem a perceber a velhice de uma forma mais positiva do que os mais jovens (jovens e adultos). Manifestam imagens mais favoráveis, mais completas e mais elaboradas em relação à velhice (Baltes, Staudinger, & Lindenberger, 1999; Berg & Sternberg, 1992; Guo, Erber, & Szuchman, 1999; Kalavar, 2001; Lutsky, 1980; Jackson & Sullinvan, 1988). Num estudo realizado por Hummert (1999), que procurava identificar a complexidade das imagens (estereótipos), verificou-se que as pessoas idosas tendiam a listar mais subcategorias em relação à velhice. Tal constatação pode ser justificada pelo facto de os membros do endogrupo (neste caso os idosos) terem a tendência de se autopercepcionar como não sendo todos iguais, reconhecendo a diversidade e com mais pormenor. Já os membros dos exogrupos (não-idosos) tendem a olhar para os membros do endogrupo como

similares em personalidade e comportamento, não identificando muitas diferenças. O facto de as pessoas idosas tenderem a listar mais subcategorias em relação à velhice também se pode explicar por as pessoas idosas terem mais contacto e estarem familiarizadas com o processo de envelhecimento. Na verdade, vivenciaram-no e sentem-no na sua forma mais pessoal e individual, pelo que a heterogeneidade tem mais relevo, faz-se sentir de uma maneira mais evidente do que para os mais jovens. E se por um lado as pessoas idosas experimentam os *temidos* aspectos negativos da velhice, também vivenciam os seus aspectos positivos. Esta vivência permite-lhes um *conhecimento* sobre a velhice que os mais jovens não possuem. A investigação sugere que quanto mais conhecimento (e de cariz 'positivo') se tiver em relação ao processo de envelhecimento, mais positivas tenderão a ser as imagens manifestadas (Harris & Dollinger, 2001; Neikrug, 1998). Também aqui poderá estar a justificação para o facto de as pessoas idosas apresentarem imagens mais favoráveis em relação à velhice e ao envelhecimento do que os jovens e adultos.

Os dados mais recentes revelam, assim, uma diminuição da distância na avaliação por parte dos exogrupos (pessoas não-idosas) e do endogrupo (pessoas idosas), mas continuam a existir diferenças na atribuição das imagens à velhice em função da idade dos respondentes (Kite & Jonhson, 1988). De ressaltar, contudo, que estas diferenças etárias na atribuição de imagens à velhice não são confirmadas por toda a literatura. Há outros estudos cujos resultados são ambíguos e o facto de se pertencer ao endogrupo ou aos exogrupos não assume diferenças relevantes (Bailey, 1991; Harris, Page, & Begay, 1988; Hummert et al., 1994). Esses mesmos resultados não apresentam uma conclusão, podendo significar que as várias possibilidades podem ter lugar: tanto se pode encontrar jovens, adultos ou idosos que tenham imagens completamente positivas ou completamente negativas sobre a velhice. Porém, Chasteen & Pratt (1999) e Perdue & Gurtman (1990) consideram que algumas destas ambiguidades derivam de critérios metodológicos, em particular pelo facto de o universo da amostra de alguns desses estudos ser constituída por indivíduos não-idosos - o que enviesava os resultados quando se fazem extrapolações. Sugere-se que quem associa traços positivos aos jovens também associa traços negativos às pessoas idosas. Ou seja, sabendo-se da forte presença da valorização da juventude nas faixas etárias mais novas, acaba-se por extrapolar outros resultados: se uma pessoa idosa atribui imagens positivas à juventude, *obrigatoriamente* associa imagens negativas à velhice. Outro problema que Chasteen & Pratt (1999) e Perdue & Gurtman (1990) indicam é que os dados

resultantes de amostras de indivíduos não-idosos tendem a variar se se solicitam traços associados às pessoas idosas em geral ou a pessoas idosas em particular. Os traços relativos às primeiras tendem a ser muito mais negativos do que quando atribuídos a pessoas idosas em particular (em geral, os avós).

Interessa apenas comentar, de forma muito breve, que as imagens que as pessoas idosas (endogrupo) têm dos mais jovens (exogrupos) (imagens adolescentistas e adultistas) tendem a ser igualmente imagens negativas e positivas e a apresentarem, também, uma natureza complexa e multidimensional. Abrangendo as dimensões pessoal, social, emocional e física e numa vertente negativa, consideram os mais jovens cínicos, apáticos, com baixa auto-estima, fixados no dia de hoje, desmazelados, não sofisticados, menos honrados, menos amigáveis, intolerantes e ingratos; mas também manifestam imagens numa vertente positiva, educados, bons, atractivos, tolerantes, cosmopolitas, sofisticados, independentes, amáveis e resolutos (Marco & Delgado, 2005; Matheson, Collins & Kuehne, 2000).

### **2.2.2. Imagens e género**

Os aspectos do género e sua influência no velhismo só muito recentemente se tornaram foco de interesse por parte da investigação. Daí que o conhecimento sobre as diferenças de género nas imagens da velhice seja escasso, exigindo um aprofundamento do estudo da relação entre o sexismo e idadismo (Kalavar, 2001).

O sexismo (discriminação com base no género) e o idadismo (discriminação com base na idade cronológica) constituem dois dos processos mais comuns de discriminação (como já anteriormente referido). O género e a idade têm em comum o facto de serem categorias sociais com fundamento biológico, em torno das quais se organiza uma ordem social de relações de poder (Arber, 1997): dos homens em relação às mulheres e dos mais jovens em relação aos idosos. Convém distinguir género de sexo, conceitos que se confundem no quotidiano. O sexo é determinado por factores biológicos, enquanto o género envolve as significações culturais da feminilidade e masculinidade (Fry, 1995). Estas significações contribuem para a identidade social do indivíduo, envolvendo todos os aspectos psicológicos e sociais, nos quais também se insere o desenrolar do processo de envelhecimento.

Encontra-se na literatura investigação que aponta para uma diferença na interiorização e manifestação do velhismo no que concerne ao género de quem discrimina, na qual algumas imagens da velhice são específicas dos respondentes de cada um dos géneros (Kogan & Shelton, 1962). Há estudos que sugerem que as

mulheres são menos velhistas que os homens e que estes atribuem menor valor às dimensões de 'competência' e de 'intenções de comportamento' das pessoas idosas (Kalavar, 2001; Kite et al., 2005). Também Rupp, Vodanovich, & Credé (2005) e Gellis, Sherman, & Lawrance (2003) consideram que os homens manifestam de uma forma mais sistemática atitudes velhistas. No mesmo sentido, Foos, Clark, & Terrel (2006) indicam que os adolescentes tendem a ter atitudes menos positivas em relação à velhice do que as adolescentes, apesar de não haver uma forte evidência destes resultados. Em relação ao género de quem é discriminado, Kite (1996) e Wilcox (1997) consideram que há imagens (estereótipos) distintas quando atribuídos à mulher ou ao homem, e que se estendem às mulheres ou aos homens idosos: afectiva, emocional, empática, segura, dependente, frágil e cuidadora; assertivo, persistente, independente, forte, de confiança e emocionalmente distante. Quando se fala numa pessoa idosa, tende-se a pensar logo num homem, mas a sociedade apresenta uma postura mais negativa para com o envelhecimento das mulheres. Verifica-se um consenso entre autores no que respeita ao facto de as mulheres tenderem a sofrer mais atitudes velhistas do que os homens. A constante imposição da imagem da mulher perfeita nos meios de comunicação social (jovem, bonita e atraente), coloca as mais velhas à margem desse ideal, desvalorizando-as. Essas atitudes dividem-se, ainda, quando direccionadas às características manifestadas pelas mulheres (Glick & Fiske, 1996; Whitbourne & Sneed, 2002): o denominado *sexismo benevolente*, em relação às mulheres tradicionais; o denominado *sexismo hostil*, em relação às mulheres não tradicionais (não possuem os traços normalmente atribuídos ao seu género). Além disso, há um outro efeito pernicioso: o stresse constante pela exigência de uma aparência física atractiva durante a vida contribuirá para o surgimento de problemas de saúde no futuro (o que poderá interferir na sua qualidade de vida enquanto idosas) (Palmore, 1999). Também no que respeita a esta área, a da saúde, estudos realizados no âmbito dos cuidados de saúde prestados sugerem diferenças nos tratamentos consoante o género do utente (Belgrave, 1993): as taxas de cirurgias de *bypass*, de cateterização cardíaca e de transplante ou diálise renal nas mulheres são inferiores às dos homens. Em contrapartida, às mulheres são prescritos mais tratamentos com tranquilizantes e hipnóticos, o que poderá significar um diferencial de percepção relacionado com as imagens da velhice na mulher.

A maior incidência do velhismo em relação às mulheres situa-se no facto de se considerar que as mulheres entram numa dada etapa da vida com menos idade do que os homens, e como consequência, que chegam 'mais cedo' à fase da

velhice (Drevenstedt, 1976; Zepelin, Sills, & Heath, 1986). Na verdade, em termos de atractividade, os homens idosos são vistos como mais atraentes do que as mulheres idosas (Deutsch, Zalenski, & Clark, 1986). Mas tal observação não se verifica quando se comparam homens e mulheres jovens e de meia-idade, ou seja, as mulheres são mais estigmatizadas do que os homens aquando do surgimento dos sinais físicos da velhice (mesmo sendo relativamente novas) e mais julgadas pela expressão facial do que os homens (Hummert et al., 1994; Hummert, Gartska, & Shaner, 1997). A literatura aponta, pois, a existência de uma diferenciação de imagens quando relativas à mulher ou ao homem, e que a linguagem velhista tende a ser mais negativa no que respeita às primeiras, provavelmente porque são alvo de sexismo e de idadismo em simultâneo (Nelson, 2002).

Alguns autores consideram que as mulheres idosas também enfrentam mais atitudes velhistas do que os homens devido ao fenómeno que denominam 'pobreza feminina', que resulta de circunstâncias socioeconómicas que interferem no dia-a-dia: maior discriminação sexual, existência de padrões de dependência económica e viuvez (Smolensky, Danziger, & Gottschalk, 1988; citado em Moody, 2002). A pobreza tende a ser maior nas mulheres dado que manifestam uma tendência em assumir o papel de cuidadoras (dos filhos, dos parentes dependentes ou das pessoas idosas em geral), acabando por não exercer uma profissão remunerada ou investindo menos na carreira profissional. Como consequência, a pensão ou reforma a receber na velhice será sempre menor do que a de alguém que efectuou descontos regulares ao longo da vida. Além disso a viuvez feminina ocorre mais do que a masculina: em geral, entre os cônjuges, o homem tende a ser mais velho e a esperança de vida nas mulheres é superior, principalmente na faixa das pessoas muito-idosas (80 anos ou mais). Este desequilíbrio entre géneros acarreta consequências, como o facto de haver mais mulheres idosas a viver sozinhas (Kart & Kinney, 2001). Este último fenómeno denomina-se 'feminização da velhice' (Arber, 1997).

No que respeita ao estudo da relação entre velhismo e género de quem é discriminado, encontram-se ainda, duas outras perspectivas (Kite & Wagner, 2002). Alguns estudos não encontram qualquer relação entre o velhismo e género; outros sugerem que a percepção por parte dos exogrupos (pessoas não-idosas) em relação à diferença do género dos elementos do endogrupo se esbate, passando as pessoas idosas a serem vistas de uma forma geral. O'Connell & Rotter (1979) consideram que a partir de determinada idade, tanto mulheres como homens passam a pertencer à mesma categoria, pessoas idosas, não sendo as mulheres



mais desvalorizadas em comparação com os homens. Considera-se que à medida que se envelhece, ocorre uma reavaliação das diferenças entre géneros, com tendência à sua uniformização (Fry, 1995). Por exemplo, quando os filhos já estão criados, as mulheres tendem a deixar de ser solicitadas enquanto cuidadoras e os homens enquanto protectores e elementos activos. Ou seja, as diferentes atribuições a cada um dos géneros têm propensão a desaparecer, registando-se um reequilíbrio e maior homogeneidade nas singularidades. Em consequência, as mulheres serão agora vistas como mais impositivas e os homens como mais pacíficos, havendo uma aproximação. Além disso, nas últimas décadas (principalmente nas sociedades ocidentais), os papéis de género têm sofrido alterações, evoluindo no sentido da standardização dos modos de vida de ambos os géneros (Kalache & Lunenfeld, 1999): as mulheres têm uma carreira profissional e assumem um papel social de relevo; os homens são encorajados a envolver-se mais na vida familiar e a expressar sentimentos. Neste sentido, os resultados de DePaola et al. (2003) sugerem que não há diferenças de género de quem é alvo de atitudes velhistas.

Tanto os estudos que não encontram qualquer relação entre o velhismo e o género, como os que perfilham a existência de uma maior homogeneidade entre homem/mulher nas imagens manifestadas pelos exogrupos relativamente aos idosos/idasas, concentram-se, assim, no protótipo 'a pessoa idosa', pelo que o aspecto diferencial do velhismo no género não emerge (Block, Davidson, & Grambs, 1981; Gibson, 1996). Contudo, sendo aceite na literatura a existência de diferenças culturais associadas ao género, a variabilidade entre idosos e idosas (tal como em longevidade, emoções, doença, experiências passadas, rendimentos...) não pode ser ignorada. Constata-se assim que, em termos culturais, o envelhecimento processa-se de forma diferente no género masculino e no feminino, e que as imagens relativas aos idosos ou às idosas tendem a ser distintas e acarretam significados diferentes ao processo (Henrard, 1996; Kogan & Shelton, 1992; Rubinstein, 1990).

Interessa aqui mencionar, de forma breve, que alguns estudos revelam que as mulheres idosas manifestam uma auto-imagem mais positiva do que os homens idosos (Clark & Anderson, 1967). Apesar de as mulheres tenderem a ser valorizadas pela juventude e beleza e de se verificar uma desvalorização social e consequente diminuição da auto-estima, essa desvantagem pode ser colmatada por um outro aspecto. O facto de se imputarem às mulheres a emoção e preocupação com os outros, revela um elemento de continuidade na sua experiência quando entram na

velhice: mantêm o papel de 'donas de casa' e cuidadoras dos netos e do marido. Já os homens, valorizados pelo seu papel activo e protector, quando deixam de ter os filhos para cuidar tendem a manifestar sentimentos de inutilidade.

### **2.2.3. Imagens e raça e etnia**

O termo raça suscita, actualmente, alguma polémica. Anteriormente preconizadas três raças - a caucasóide, a negróide e a mongolóide – considera-se nos dias de hoje que o conceito de etnia reflecte muito mais as semelhanças entre os indivíduos que a compõem do que o facto de pertencerem a uma raça em particular. Por este motivo, é a etnia dos indivíduos que se começa a ter em conta, em detrimento da raça (que pode conter em si mesma uma diversidade de variações sociais e culturais) (Matsumoto & Juang, 2004). Atente-se no caso de indivíduos que se inseririam na raça caucasóide, negróide ou mongolóide, mas que abraçam religiões diferentes e têm hábitos de vida distintos dos que tradicionalmente eram atribuídos à sua raça (por exemplo, indivíduos negros muçulmanos ou indivíduos brancos budistas).

Contudo, na representação colectiva, ainda persiste a noção de raça, pelo que se continua a discriminar com base nela (à semelhança do que sucede com o género, idade e, em algumas situações, a etnia, como por exemplo a cigana ou a tutsi. Neste sentido, há ainda grupos de indivíduos que são discriminados duplamente, o que se denomina 'perigo duplo' (*double jeopardy*) (Kart & Kinney, 2001; Moody, 2002). É caso das mulheres negras (racismo e sexismo) ou o dos idosos ciganos (velhismo e etnicismo). O perigo duplo reflecte, assim, a conjugação dos efeitos negativos de duas variáveis, tornando os indivíduos ainda mais vulneráveis à discriminação (de natureza negativa). Nestes dois casos apresentados, o género com a cor da pele e a idade com a etnia a que pertence.

Não se encontram na literatura estudos que relacionem a raça ou a etnia com imagens da velhice.

### **2.2.4. Imagens e classe social e escolaridade**

Dadas as discrepâncias sociais, culturais e económicas que implicam diferentes estilos de vida entre os indivíduos - conduzindo a diferentes graus de stresse, ansiedade e problemas de saúde - a classe social de pertença tende a influenciar a forma como envelhecem.

Quando pessoas idosa, existem quatro condições que influem no estilo de vida do indivíduo e que continuam a determinar a classe e o estatuto social a que pertence (Moody, 2002; OMS, 1999): a profissão exercida; o salário então auferido e a respectiva reforma; as posses adquiridas; e o nível de instrução. A conjugação dos resultados destas condições acaba por determinar o tipo de vida que se adopta na velhice, assim como o percepcioná-la de uma forma mais positiva ou negativa. Tome-se como exemplo o seguinte caso: um antigo juiz continua a ter prestígio social, mesmo recebendo uma reforma inferior ao salário auferido na época em que se encontrava no activo; devido à rede social que construiu, terá fácil acesso a serviços de que necessita na sua velhice.

Contudo, apesar de relacionadas, estas condições não andam necessariamente a par. Há situações em que nem sempre se verifica a reprodução do mesmo estatuto social na velhice. Por exemplo, a de um antigo engenheiro que fica doente e empobrece, não possuindo condições financeiras suficientes para pagar esses serviços. Apesar de ter exercido uma profissão com algum estatuto social, acaba por ter uma velhice com perda de qualidade de vida. Não é linear que surjam mais atitudes velhistas para com este idoso (antigo engenheiro) do que para com o primeiro idoso (antigo juiz) somente porque deixa de ter determinados bens económicos. Todavia, há uma maior probabilidade em deixar de ter acesso a serviços mais dispendiosos e individualizados, o que não acontece com o primeiro. Seja porque o segundo não tem posses financeiras, seja porque o primeiro faz uso da rede social que desenvolveu por ser juiz, os contactos-chave que deterá permitem-lhe acesso mais directo a serviços de alguma exclusividade. Verifica-se, deste modo, com alguma frequência, que a classe social de pertença tem influência directa e indirecta nas condições de vida das pessoas idosas e na forma como são tratadas.

Encontra-se também uma relação entre quem adopta atitudes velhistas e o seu estatuto social (Palmore, 1999): em geral, os indivíduos que possuem um elevado estatuto tendem a manifestar menos atitudes velhistas; por conseguinte, quanto menor o estatuto social, mais se tende a ser velhista. Este facto talvez se justifique com a disponibilidade de recursos. Quanto mais se tiver, menor será a preocupação, uma vez que se sabe estarem à sua disposição. Quanto menos houver, mais se tenderá a condutas hostis em relação a grupos vulneráveis socialmente, onde se inserem as pessoas idosas, potenciais competidoras pelos recursos.

Quanto às imagens da velhice e a escolaridade, a investigação não sugere uma relação directa, mas indica haver uma maior tendência para se viver situações de frustração quando existe pobreza ou baixo estatuto social, geralmente relacionados com baixa escolaridade. Também aqui talvez a explicação resida no facto de que quem reúne essas condições socioeconómicas dispõe de pouca capacidade económica e tem que competir com as pessoas idosas, que apresentam tendência para uma maior vulnerabilidade social, logo, um maior consumo de recursos.

### **3. Impacto das imagens**

O velhismo gera repercussões nas diversas dimensões dos indivíduos idosos e não-idosos, assim como nas relações entre eles. Porém, as imagens que daí advêm são de tal forma imperceptíveis e encaradas como naturais que a dificuldade reside na identificação da sua ocorrência.

As imagens de velhismo tendem a influenciar as diferentes formas de interacção com as pessoas idosas, tanto ao nível pessoal como institucional. Ocorrem em termos institucionais quando interferem (em geral, de forma negativa) nas acções inerentes à prática diária de uma qualquer instituição. A investigação aponta para o facto de profissionais de várias áreas de atendimento público (assistentes sociais, profissionais de saúde, professores...) tenderem a perpetuar essas imagens em contextos com impacto bastante significativo na vida das pessoas idosas (Bytheway, 1995): sistema de saúde, acção social, atendimento geral, mercado de trabalho. Embora por vezes de forma encoberta, verifica-se a existência de tratamentos negligentes ou limitadores da autonomia. Mesmo em profissionais que trabalham predominantemente com pessoas idosas, constata-se a existência de acções velhistas, como o evitar estabelecer relações interpessoais, exercer segregação no acesso a oportunidades laborais ou em actividades sociais e culturais. A própria não promoção da independência dos mais velhos (reforço do estigma) se observa em alguns lares de idosos (Pasupathi & Löckenhoff, 2002).

Estas situações têm efeitos inquietantes: está a negar-se-lhes a capacidade de mostrarem as suas preferências, ou seja, está a comprometer-se a sua competência e capacidade de decisão (Kane, 2004).

### **3.1. Relação intergeracional**

Segundo a Teoria da Acomodação Comunicacional (Coupland et al., 1988), os indivíduos tendem a acomodar ou ajustar a sua forma de falar ao sujeito com o qual interagem. Tal ocorre para que a comunicação verbal e não verbal seja mais eficaz e para obter aprovação ou criar alguma distância (por exemplo, tocar no outro ou cruzar os braços).

A investigação sugere que os mais novos sentem dificuldade em conversar com as pessoas idosas, uma vez que as perspectivam como indivíduos que têm um discurso revoltado, excessivo sobre a sua situação (dão-lhe uma roupagem dorida), que não ouvem os outros e são muito críticos e preconceituosos em relação aos jovens (Giles & Dorjee, 2004). Num estudo realizado por Montepare, Steinberg, & Rosenberg (1992) sobre a interação de jovens universitários com os seus pais e avós, sugere-se que, quando os jovens se dirigem aos avós a comunicação é mais variada, mais feminina e mais aborrecida, mas também mais deferente do que quando dirigida aos pais. Esta deferência, que tem lugar na interação dos mais novos com os mais velhos, denomina-se 'despersonalização linguística' (McCann & Giles, 2002; Ryan, Hummert, & Boich, 1995): os indivíduos mais novos são exageradamente educados e amistosos, falam mais alto, exageram na entoação, adoptam uma cadência mais lenta no discurso, utilizam uma construção frásica mais simples e um tom condescendente. Este discurso baseia-se numa avaliação cujas expectativas são baixas, em conformidade com a crença de que as pessoas idosas ouvem mal e distorcem o que lhes é dito. Em consonância com isto, o discurso acaba por se revestir de dois formatos (McCann & Giles, 2002): por acomodação exagerada ou por acomodação humilde.

A acomodação exagerada ocorre quando o interlocutor mais novo entende ter de adoptar um estilo comunicacional diferente do habitual, para que seja compreendido (como por exemplo a utilização de um discurso infantilizado). Neste caso, a linguagem é mais elementar, com variações de tom, características da interação entre adultos e crianças. A acomodação humilde acontece quando o interlocutor mais novo supõe que deverá abordar um dado conteúdo ou adoptar uma forma de comunicação que julga ir ao encontro das necessidades da pessoa

idosa. É o caso de começar a falar do passado da pessoa idosa, pensando que ela o deseja fazer.

Há ainda uma outra postura que pode surgir por parte dos mais novos quando procuram não comunicar com os mais velhos: a de manter a distância através da adopção de códigos comunicacionais recentes, ou seja, do calão ou das terminologias utilizadas pelas gerações mais novas (partindo do pressuposto que as pessoas idosas não os entendem para que, conseqüentemente, não provoquem a interacção).

A despersonalização linguística ocorre com mais frequência em certos contextos: no seio da família, em meio hospitalar e nas instituições que prestam cuidados e assistência (McCann & Giles, 2002). Por exemplo, profissionais com poucas expectativas em relação às pessoas idosas julgam que estas preferem o discurso infantilizado, facilitador da relação (Caporeal, Lukaszewski, & Culbertson, 1983). Esta postura tem repercussões: as pessoas idosas sem as supostas limitações ou presumidas necessidades sentem que essa forma de comunicação (seja acomodação exagerada, seja humilde) é uma falta de respeito, que avilta a sua auto-estima e dignidade (Giles & Dorjee, 2004). De facto, sentem que o interlocutor pouco espera delas, que estão a ser tratadas com condescendência. Neste sentido, a investigação aponta para que grande parte das pessoas idosas prefira a habitual forma de comunicação entre adultos, excepto as pessoas idosas com alguma incapacidade funcional (Pasupathi, Carstensen, & Tsai, 1995).

### **3.2. Mercado de trabalho**

As manifestações velhistas no local de trabalho podem ocorrer a nível consciente e inconsciente, e reflectem as imagens sobre as pessoas idosas e a forma como se deve interagir com elas. Os exemplos mais visíveis passam por anedotas e escárnios no discurso e por atitudes discriminatórias, como afirmar que já deviam estar em casa reformadas. Ou por práticas discriminatórias baseadas na idade, como deliberar quem pode frequentar acções de formação, que lugares podem ocupar os mais velhos ou que capacidade de decisão lhes é atribuída (McCann & Giles, 2002).

Algumas teorias sustentam que o desempenho de um trabalhador vai declinando ao longo do tempo, pois a capacidade de executar tarefas torna-se mais lenta, a competência criativa diminui e a gestão do stresse torna-se menos eficaz (McCann & Giles, 2002). Os estudos sugerem que à medida que um trabalhador envelhece

passa a ser visto como resmungão, irritadiço, decrepito, pateta, palrador, pouco perspicaz, indeciso, com fraca memória, cognitivamente incapacitado e mais atreito a cometer erros (Braithwaite, 1986; McCann & Giles, 2002). Reflexo disso é a interação verbal comum: perguntar com frequência ao trabalhador, em tom condescendente, se precisa de mais tempo para executar uma tarefa, se é necessário repetir as instruções ou substituí-lo na responsabilidade da tarefa que está a realizar (para além dos comentários com outros trabalhadores mais novos insinuando sua incapacidade devido à idade).

Outros estudos indicam a existência de uma relação entre aparência física das pessoas idosas e a sua forma de trabalhar, e que o favoritismo pelos mais novos se pode dever aos atributos (*de jovem*) que lhes são imputados (Borgatta, 1991). Sugere-se, assim, que há a ideia de que com o passar do tempo, não só a fisionomia dos indivíduos se modifica, como os hábitos e rotinas de trabalho se tornam mais rígidos e menos flexíveis. Desta forma, pressupõe-se que quem aparenta mais idade já terá determinadas *características laborais*, pelo que será menos produtivo, com mais dificuldade em se ajustar a novos métodos, tecnologias e circunstâncias, ao contrário dos colegas mais novos. Tal contribui para a manutenção das imagens velhistas e da discriminação: ao não se contratar nem investir em empregados idosos, não se perde tempo e dinheiro na sua requalificação. Isto reflecte-se na ideia primordial das políticas sociais e de emprego: educação na juventude, trabalho durante a meia-idade e reforma na velhice (Quadagno & Hardy, 1995).

Quando se trata da empregabilidade, constata-se que os trabalhadores mais velhos auferem salários inferiores. Contudo, este facto pode dever-se não só à idade, mas também por possuírem, de uma forma geral, uma escolaridade mais baixa do que os colegas mais jovens. Seja por um motivo ou por outro, é muito habitual a imposição da reforma quando as empresas se encontram em dificuldade, um exemplo de discriminação baseada na idade. Em caso de baixa escolaridade, entende-se que já não valerá a pena requalificar o trabalhador (Palmore, 1999; Pasupathi & Löckenhoff, 2002). Esta obrigação de reforma é explanada na Teoria da Exoneração (Cumming & Henry, 1961; citado em McCann & Giles, 2002), segundo a qual a reforma é um garante do bom funcionamento de uma sociedade: são necessários indivíduos com novas competências, pelo que a renovação da mão-de-obra é essencial. Contudo, esta imposição acaba por ter sérias repercussões no indivíduo. A sua interação social vai diminuindo e perde gradualmente a ligação aos outros, afastando-se da sociedade. Trata-se de um

processo pernicioso, que perpetua a imagem de inutilidade, depressão e solidão imputadas às pessoas idosas.

Porém, outros estudos ainda apontam para a inexistência de uma relação entre um menor desempenho do trabalhador e a idade. Um trabalhador mais velho será tão ou mais produtivo, superando, por vezes, os mais novos em alguns sectores. Como já referido anteriormente neste estudo, consideram esses autores que pode oferecer o mesmo nível de desempenho que colegas mais jovens, mostrar mais cuidado, perseverança e constância, apresentar menor taxas de absentismo, de troca de emprego, de acidentes, uma maior taxa de lealdade para com as instituições e uma provável menor taxa de alcoolismo e de toxicodependência do que entre os mais jovens (McCann & Giles, 2002; Palmore, 1999).

Interessa também referir a discriminação em sentido inverso, a dos trabalhadores mais velhos para com os trabalhadores mais jovens (adultismos) e o favoritismo em relação aos mais velhos (Hummert et al., 1994; Kite & Johnson, 1988; Palmore, 1999; Quadagno & Hardy, 1995). Regista-se, por vezes, uma postura autoritária ou paternalista em relação aos mais novos, julgando-os imaturos e *com muito para aprender*. Como em algumas instituições o sistema de promoção se baseia na antiguidade e a progressão é feita de acordo com o número de anos em que lá se trabalha, adquirem-se benefícios como o auferir um melhor salário, a cada vez mais diminuta possibilidade de se perder o emprego e deste modo alguma ascendência sobre os mais novos (Borgatta, 1991). Perfilha-se a perspectiva empresarial da recompensa pela idade, a promoção por antiguidade. No fundo, está a promover-se alguém não pelas competências e mérito, mas pelos anos de vida (em geral, numa relação directa com os anos de trabalho na instituição).

Outros casos há, no entanto, e com propriedade, em que se privilegiam os trabalhadores mais velhos, cuja experiência e conhecimentos adquiridos ao longo da vida laboral são requeridos e valorizados. É o caso de alguns professores, gestores, operários especializados, engenheiros, profissionais de saúde e advogados.

Verifica-se que a perpetuação do idadismo (tanto na vertente do velhismo como do adultismo) no local de trabalho pode não se dever somente aos indivíduos mais novos, mas também à conduta dos trabalhadores mais velhos e dos patrões (McCann & Giles, 2002). Contudo, o velhismo apresenta, sem margem de dúvida, uma maior prevalência.



### 3.3. Sistema de saúde

Em relação ao sistema de saúde, vários estudos sugerem a presença de inúmeras situações velhistas, em que a atribuição dos cuidados de saúde varia com a idade do beneficiário: as pessoas idosas tendem a receber pior tratamento do que a população em geral (Busschbach, Hessing, & Charro, 1993; Quinn, 1987; citado em Wilkinson & Ferraro, 2002). Muitas vezes são mal diagnosticadas ou sem o atendimento médico necessário porque são 'catalogadas' como velhas, pelo que as queixas são 'próprias da idade' e não haverá muito a fazer. Observa-se, inclusive, a negação da prestação de alguns serviços por se considerar que os recursos devem ser direccionados para os mais jovens ou porque as pessoas idosas apresentam doenças crónicas – amiúde pouco interessantes na óptica médica, por serem irreversíveis e não curáveis (Cuddy, 2002; Wilkinson & Ferraro, 2002). Há orientações terapêuticas, como a terapêutica niilista, que perfilham a ideia de que as pessoas idosas se encaminham para um estado de inaptidão (Dunkelman & Dressel, 1994; citados em Kane, 2004). Consideram que, como a incapacidade não tem cura, qualquer intervenção revelar-se-á infrutífera. Somente aqueles que apresentam sinais de uma possível recuperação e que ainda têm bastantes anos pela frente devem ser objecto de intervenção. Assim, são apenas as pessoas não-idosas que regra geral terão esse direito, o que constitui uma forte premissa de velhismo. Dada essa discriminação baseada na idade e consequente orientação de tratamento, os pacientes idosos tendem a receber mais medicação do que os mais novos com sintomas semelhantes. Além disso, fazem-se menos avaliações do foro psiquiátrico aos pacientes idosos e mais atribuições a causas de ordem física, tendo como justificação a idade (Bartels & Smyer, 2002; Cuddy, 2002).

Num estudo sobre a ponderação dos tratamentos de saúde a aplicar em função da idade do beneficiário, identificaram-se três categorias relacionadas com o valor social da saúde nas diferentes idades (Tshuchiya, 1999): (i) *idadismo utilitário*, no qual se beneficiam os jovens, uma vez que os efeitos dos cuidados de saúde repercutir-se-ão, à partida, de uma forma mais prolongada no tempo (têm mais anos para viver após o tratamento) do que nas pessoas idosas. A idade é tida em consideração; (ii) *idadismo produtivo*, no qual se beneficiam os jovens uma vez que serão, à partida, indivíduos mais produtivos e por mais tempo que as pessoas idosas. Ser saudável aos 25 anos tem um maior valor social que ser saudável aos 75 anos. A idade também é tida em consideração; e (iii) *idadismo igualitário*, no qual se beneficia, à partida, quem ficar com uma esperança média de vida superior após o tratamento, independentemente da idade (que na verdade, tendem a ser os

mais jovens). Os dois primeiros tipos de idadeísmo relacionam-se com a dimensão 'eficiência baseada na idade' (valor social da saúde), enquanto a terceira se associa à 'igualdade baseada na idade' (indiferença à desigualdade de idade aquando do falecimento).

Apesar de na literatura se sugerir haver uma forte presença do idadeísmo nas decisões dos profissionais, aponta-se, no estudo mencionado, para a pouca prevalência das dimensões 'eficiência baseada na idade' e para a pouca informação relativamente à 'igualdade baseada na idade'. Todavia, as conclusões deste estudo indicam que, apesar de o idadeísmo na prestação dos cuidados de saúde não ser tão predominante como se julga, faz-se sentir, independentemente dos motivos que estão na sua origem (se os do idadeísmo utilitário ou produtivo). Tal pode dever-se à lacuna de formação dos profissionais no que concerne às questões gerontológicas e geriátricas: a maioria não possui preparação nesta área, o que influencia a qualidade no seu desempenho junto dos utentes idosos. A investigação corrobora estas posturas em vários profissionais de saúde, como dentistas, oftalmologistas e profissionais de saúde mental (Gilbert, 1989; Rumsey, 1993; James & Hayley, 1995; citados em Kane, 2004). Hillman, Stricker, & Zweig (1997) realizaram um estudo sobre a avaliação feita por psicólogos clínicos em relação a utentes idosos com patologias mentais. Foram mostradas fotografias de indivíduos, que variavam na idade (46, 66 e 86 anos) e patologia (depressão versus desordem da personalidade *borderline*). O estudo sugere que os psicólogos que se tinham especialização em gerontologia faziam diagnósticos, tomavam decisões e prescreviam terapêuticas mais adequadas aos indivíduos de acordo com a sua idade.

Em relação aos padrões de comunicação, alguns estudos referem uma menor receptividade e disponibilidade dos profissionais de saúde para com os pacientes mais velhos (Kane, 2004; Pasupathi, Carstensen, & Tsai, 1995; Ryan et al., 2004). Os profissionais tendem, também, a não facilitar a interacção, apresentando uma atitude condescendente e paternalista aquando da transmissão da informação: menos detalhada, em menos tempo, registo vocal mais emocional (logo, menos racional e objectivo), gestos de impaciência como o revirar dos olhos e bater consecutivamente com o pé. Num estudo realizado por Ambady et al. (2002), contrapuseram-se as informações clínicas sobre utentes idosos recolhidas numa primeira consulta e as obtidas três meses depois. Constatou-se a formação de juízos simplistas, relacionados com o aparente declínio em termos físicos e cognitivos que os utentes apresentaram nesse espaço de tempo. Como consequência, a

interacção revelou-se distante, pela ausência de sorrisos e pelo não olhar o paciente. Em paralelo, a distância era menor quando os utentes apresentavam uma melhoria, verificando-se o estabelecimento de uma relação através de expressões faciais como sorrir, anuir ou apresentar um ar ponderado. Este estudo indicou também que as pessoas idosas retinham com mais intensidade o comportamento negativo para com eles, por comparação com os comportamentos positivos. Contudo, há quem refute o absolutismo deste pensamento (Kane, 2004): apesar de as atitudes nem sempre serem positivas perante o envelhecimento e doença, o envolvimento dos profissionais é evidente.

### **3.4. Sistema de educação**

Destaca-se a quase inexistência de material relativo ao envelhecimento no sistema educativo, desde o pré-escolar ao ensino superior, o que sugere que velhismo começa a ser reforçado nos bancos da escola. Talvez por isso muitos jovens tendam a evitar interagir com essa faixa etária e a encarar o trabalho com pessoas idosas como insípido e sem qualquer aspecto atractivo. Este facto pode assumir repercussões nas escolhas futuras dos alunos e, em particular, na preparação dos futuros profissionais que venham a trabalhar com pessoas idosas (nomeadamente nas áreas da saúde ou da acção social).

Num estudo realizado com estudantes de Serviço Social apontou-se para a importância de desmistificar crenças e estereótipos relacionados com a velhice, assim como de analisar as atitudes negativas tidas em relação às pessoas idosas por parte desses mesmos estudantes (Kane, 2004). A relevância da abordagem dessas questões e da ética, antes de exercer uma profissão, emerge como crucial. Uma vez que todos os profissionais se deparam com situações ambíguas, onde por vezes o senso comum é determinante, sugere-se que essa formação e sensibilização terá fortes implicações na quantidade e qualidade dos cuidados prestados (com decisões muito mais ajustadas) (Genevay & Katz, 1990; Wilkinson & Ferraro, 2002).

### **3.5. Sistema de acção social**

Apesar de se registarem alguns esforços na melhoria do atendimento às pessoas idosas no campo da acção social, as medidas existentes são mais direccionadas a crianças e adolescentes. Regista-se um crescente empenho no aumento de serviços para pessoas idosas, contudo há ainda muito por fazer nas respostas

existentes, seja ao nível das próprias instituições e serviços, seja ao nível da promoção de actividades, apoios, planos e programas de prevenção e de saúde mental geriátrica. Devido à ainda escassa abrangência de respostas sociais adequadas a toda a população idosa, regista-se negligência na avaliação das necessidades, não se considerando as reais carências sentidas pelos indivíduos mais velhos.

Sobre a identificação por parte de assistentes sociais dos problemas psicossociais sentidos pelas pessoas idosas, a literatura sugere que a qualidade de atendimento difere consoante a idade do utente (Rohan et al., 1994). Aos mais novos dá-se mais apoio para minimizar os efeitos de uma doença, mais ajuda para resolver problemas domésticos e financeiros, mostra-se maior preocupação quanto ao pagamento de consultas médicas e maior disponibilidade para um apoio mais prolongado e individualizado. À semelhança do que sucede na interacção com alguns profissionais de saúde, as pessoas idosas tendem a usufruir de menos tempo de auscultação ou de apoio individual, a ter menos contacto com os profissionais, já que a maioria das ajudas incide somente nos meios de transporte.

É comum dizer-se que boas respostas para esta população exigem um investimento financeiro considerável nas instituições que os recebem, como hospitais, centros de saúde e de acção social. As pessoas idosas são 'acusadas' de padecerem de muitos problemas e, conseqüentemente, de consumirem muitos recursos, o que é visto com desagrado pelos responsáveis dessas instituições e por uma grande parte da população (Palmore, 1999; Wilkinson & Ferraro, 2002). Considera-se que o seu custo é muito elevado e que a distribuição dos recursos (apetrechamento das infra-estruturas e equipamentos, apoio psicológico e financeiro prestado aos indivíduos) deve favorecer as faixas etárias mais novas, o que indica a presença de imagens velhistas nestes contextos. Por outro lado, também se verifica a presença de imagens velhistas em relação às doenças que se tornam incapacitantes com o passar do tempo, como a doença de Alzheimer e a de Parkinson. Apesar de ocorrerem também em indivíduos mais novos, tendem a ter uma maior prevalência nos mais velhos. Assim, imaginando que todos as pessoas idosas sofrerão de demência, as respostas e os procedimentos mais complexos tendem a incidir neste plano, em detrimento de outros cuidados necessários para outros problemas.

### **3.6. Sistema de segurança social**

O conceito de segurança social é relativamente recente nas sociedades modernas e está directamente relacionado com factores como a riqueza da nação,

ideologia dos governantes, participação laboral dos cidadãos e demografia (Ng, 2002). Para além da atribuição de apoios financeiro a casos que assim o justifiquem, este conceito assenta na ideia de que os indivíduos devem efectuar descontos ao longo da vida activa para na reforma receberem uma quantia que garanta a sua sobrevivência e independência. Noutra perspectiva, será uma recompensa pelo trabalho e contribuição realizados durante a fase laboral (McCann & Giles, 2002; Palmore, 1999). Em Portugal, muitas das pessoas idosas que recebem reforma ou pensão pouco descontaram para a segurança social durante a sua vida activa. Tal decorre de uma outra linha política existente na altura (onde não se preconizavam os descontos) e que hoje se repercute em reformas substancialmente baixas. Porém, apesar de reduzidas, são providas pelos actuais profissionais activos, situação que tende a originar acções velhistas por parte da população profissionalmente activa. Verifica-se a tendência para se considerar a faixa etária das pessoas idosas, que em nada contribuiu para que receba a pensão actual, uma real despesa. As pessoas idosas são assim vistas como indivíduos que utilizam recursos que deveriam ter como destinatários quem efectua descontos (benefícios como a comparticipação do Estado nos serviços de acção social, lares ou centros de dia). São assim perspectivadas como um peso económico que é suportado pelas gerações mais jovens.

A não atribuição de pensões e reformas é um cenário actualmente impossível, pois Portugal instituiu-se como um estado-providência, onde todos as pessoas idosas a elas têm direito, independentemente dos anos que trabalharam. No entanto, a actualização das pensões sociais pouco acompanha a inflação, ao contrário do que acontece com os salários.

Neste capítulo procurou-se contextualizar as noções relacionadas com as imagens da velhice, que reflectem a forma como as pessoas idosas e a velhice são perspectivadas: imagens mentais (estereótipo), imagens sociais (preconceito, discriminação e atitude) e imagens culturais (mito, crença, tabu). As imagens podem, assim, inscrever-se num registo negativo, positivo, neutro ou ambivalente (negativo e positivo em simultâneo) e variam consoante as faixas etárias, género, raça e etnia, classe social e escolaridade. Por sua vez, abordou-se o seu impacto em diversas áreas, como nas relações intra e intergeracionais, laborais, no acesso e utilização do sistema de saúde e do sistema educativo, assim como nos serviços de acção social e de segurança social.

## Capítulo 3 - Envelhecimento bem sucedido

---

### Introdução

Sabe-se que o envelhecimento se caracteriza por ser um processo contínuo e irreversível, que se manifesta num declínio progressivo ao nível celular durante a vida dos indivíduos (Motta et al., 2005). Esse processo não é influenciado somente pela componente genética, pelo sistema imunitário e factores endócrinos, mas também por outros factores como os ambientais, sócio-sanitários e preferências do indivíduo (Pratt & Norris, 1995). Problemas sociais, stresse, pouca estimulação ambiental, perda de relações sociais, má nutrição, fumar ou doenças, são factores que podem determinar a vulnerabilidade do organismo e a consequente perda da capacidade de adaptação. Estes e outros aspectos, intimamente relacionados com o conceito de envelhecimento bem sucedido, têm diferentes impactos nos indivíduos.

As circunstâncias para a ocorrência ou não do envelhecimento bem sucedido variam e dependem, portanto, em grande parte, do percurso individual (Strawbridge, Wallhagen, & Cohen, 2002; Schultz & Heckhausen, 1999). Para melhor se compreender a noção de envelhecimento bem sucedido, há que distinguir dois conceitos próximos: a esperança máxima de vida e a esperança média de vida (ou expectativa de vida). O primeiro reporta-se ao máximo número de anos vivido por um membro da população ou espécie, que no caso do ser humano se situa actualmente em 122 anos. A esperança média de vida (ou expectativa de vida) é estabelecida pela idade máxima que 50% dos membros de uma população consegue atingir. Esta tem aumentado ao longo do tempo, devido, em grande parte, à melhoria geral das condições sócio-sanitárias. Em Portugal, actualmente, a esperança média de vida situa-se nos 75 anos para o género masculino e em 81 anos para o género feminino (INE, 2008).

Passa-se, de seguida, para a abordagem ao conceito de envelhecimento bem sucedido e diferentes perspectivas na sua definição.

## 1. Conceito de envelhecimento bem sucedido

Em termos históricos, a primeira abordagem ao conceito de envelhecimento bem sucedido pode remontar a Cícero, no ensaio sobre a natureza do envelhecimento. Este autor argumentava que a velhice não seria uma fase de declínio e perdas, mas uma altura em que poderiam surgir mudanças positivas em termos de produtividade. Seria uma fase de desprendimento das necessidades físicas, em que a primazia era dada ao prazer da mente (Ford et al., 2000; Tate, Lah, & Cuddy, 2003).

Todavia, o conceito surgiu apenas em 1944, quando a Assembleia Americana para a Investigação em Ciências Sociais (que criou a Comissão de Integração Social na Velhice) aplicou o termo 'sucesso' ao envelhecimento. Utilizado para descrever um envelhecimento sem ou com um mínimo de perda das funções, evidenciava a conotação atribuída pela sociedade norte-americana à dicotomia vencedor *versus* perdedor. Esse conceito, segundo Scheidt, Humpherys, & Yorgason (1999) retratava, assim, o combate à 'perspectiva da miséria' dos quatro 'Ds': dependência, doença, incapacidade (*disability*) e depressão. Estes seriam aspectos que os indivíduos não poderiam manifestar caso quisessem viver um envelhecimento bem sucedido. De forma geral, seria o extremo positivo do conceito de saúde física e mental, em contraposição à doença; um estado não patológico em contraste com o patológico. Neste sentido, esta concepção implicava que um indivíduo com uma doença crónica não pudesse vivenciar um envelhecimento bem sucedido.

O conceito, todavia, começou a sofrer mudanças na definição, quando, em 1961, Havighurst utilizou o termo como sendo sinónimo de 'acrescentar vida aos anos e satisfação com ela'. Duas décadas mais tarde, verificou-se também um acréscimo de outras variáveis a partir de diversos estudos da Fundação MacArthur, como a associação do desempenho físico e do estatuto social ao envelhecimento bem sucedido. Em 1985, Butler referiu-se à importância do envolvimento e da contribuição por parte do indivíduo nas diferentes tarefas familiares e sociais, abordando-o na perspectiva do 'envelhecimento produtivo'.

Foi em 1986, no congresso anual da Sociedade Americana de Gerontologia, que o envelhecimento bem sucedido se tornou objecto incontornável de estudo. Desde então, a investigação procura construir o quadro conceptual do processo de envelhecimento ideal e, consequentemente, a definição de envelhecimento bem

sucedido. Rowe e Khan (1987) apontam directrizes nesse sentido: o estudo deve incidir nos indivíduos cujas características fisiológicas e psicossociais, na fase da velhice, se situem em níveis superiores à média da população. Trata-se do contraponto entre os que envelhecem 'com sucesso' e os que envelhecem normalmente. Atchley (1989) apresenta uma nova noção relacionada com o envelhecimento bem sucedido, a continuidade interna. Descreve-a como um processo individual interno, que conduz o indivíduo numa dada direcção na acção e, em conformidade, a uma adaptação às mudanças externas. Garfein & Herzog (1995) falam de 'envelhecimento robusto', por referência aos elevados níveis de funcionamento nas múltiplas dimensões implicadas no envelhecimento. Gibson (1995) considera tratar-se de atingir o potencial de cada um na velhice, ao nível do bem-estar físico, social e psicológico. Para este autor, esta fase deve ser agradável para o próprio e para os outros. Palmore (1995) define envelhecimento bem sucedido como uma combinação de sobrevivência (longevidade), saúde (ausência de incapacidade) e de satisfação com a vida (felicidade). Levitan (1999) sublinha a importância de um outro aspecto, descuido até então, que influencia o envelhecimento bem sucedido: não é só necessário que o indivíduo seja capaz de se adaptar às mudanças, também a sociedade tem que se adaptar ao indivíduo. Por isso é relevante a adopção de políticas em favor da população mais velha, adaptações e apoios sociais que permitam às pessoas idosas manter os seus papéis enquanto membros de uma sociedade (inserção no mercado laboral, fomento de relações sociais, partilha de responsabilidades, ...). Este autor considera que tais medidas se reflectem em elevada esperança de vida e em elevado bem-estar subjectivo, logo no envelhecimento bem sucedido, sublinhando a importância da adaptação da sociedade às necessidades dos seus elementos. Mais recentemente, emergiram outros factores: o conceito de resiliência, vigor mental e espiritualidade positiva (Crowther et al., 2002; Rakowski et al., 2003, citado em Ferrario et al., 2008). Blazer (2006) e Hendrie et al. (2006) introduzem um outro prisma, associando-lhe também a saúde emocional. Não se trata somente da ausência de doenças mentais e de comportamentos desviantes, mas também da presença de inteligência emocional e competência na sua regulação. Por inteligência emocional entende-se a capacidade de identificar e manifestar as emoções construtivamente, enquanto que a regulação emocional se reporta à habilidade do indivíduo em controlar as suas emoções. Neste sentido, um envelhecimento bem sucedido também implica esta dimensão na recuperação da doença e no saber lidar com eventuais incapacidades que daí decorrem.



De um modo global, com a actual descrição do significado de 'sucesso' relacionam-se factores como a duração da vida, saúde biológica, saúde mental, eficácia cognitiva, produtividade, competência social, controlo pessoal, espiritualidade, optimismo, bem-estar subjectivo, envolvimento e satisfação com a vida, enfatizando-se os aspectos positivos do envelhecimento. No entanto, a definição do que é envelhecer com sucesso continua a não ser consensual, pelo que perdura o debate entre os diversos estudiosos (Deep, Vahia, & Jeste, 2007; Duay & Bryan, 2006). As diversas posições podem ser categorizadas em duas vertentes (Lupien & Wan, 2004; Tate, Lah, & Cuddy, 2003):

- A das ciências e modelos biológicos - que procuram identificar padrões clínicos para a sua medição, de forma a operacionalizar os valores de um envelhecimento bem sucedido;
- A das ciências sociais e humanas e modelos cognitivos e psicossociais - que pretendem desenvolver teorias psicossociais que descrevam a adaptação ao processo de envelhecimento, para assim estabelecerem os valores de um envelhecimento bem sucedido.

Há ainda modelos que tentam combinar ambas, os denominados modelos multidimensionais.

### **1.1. Envelhecimento bem sucedido: modelos biológicos e cognitivos e psicossociais**

Percepcionado à luz das ciências e modelos biológicos, o envelhecimento bem sucedido é definido pela optimização da esperança de vida e a minimização da morbilidade física, psicológica e social, em especial nos últimos anos (Fries, 1993; Strawbridge et al., 1996). É também entendido como a capacidade de viver de forma independente, sem dificuldades na actividade/mobilidade. Os modelos biológicos procuram estudar os 'factores da longevidade', presentes no fenótipo dos indivíduos centenários. Aqui incluem-se a influência genética, ausência de anticorpos específicos, baixa concentração de citoquinas pró-inflamatórias, baixos níveis de massa corporal, elevado metabolismo, elevada função imunitária, elevada função cognitiva ou existência de um perfil patológico favorável (Antonini et al., 2008). A ênfase é colocada nos factores genéticos, mas não são descurados outros factores como os ambientais, atitudinais e estilos de vida.

Os *modelos biológicos* consideram que o envelhecimento bem sucedido é irrealizável se doenças crónicas como as cardiovasculares, cancro, diabetes, artrite, depressão e demência estiverem presentes. Apesar de entendidas como normais

na velhice, mesmo que existentes nos mais novos, estas doenças podem fazer baixar a esperança média de vida. Assim, se o período de tempo decorrente entre os primeiros sintomas e a morte for adiado (e diminuído), mais probabilidade há de ter um envelhecimento bem sucedido. Estes modelos preconizam que a sua promoção passa pela prevenção primária, cujos indicadores compreendem a actividade física e exercício, relações pessoais próximas e rede de apoio emocional, envolvimento significativo na comunidade, saúde mental, dieta e estilo de vida saudáveis (Nolan & Blass, 1992; Roos & Havens, 1991; Seeman et al., 1995; Strawbridge et al., 1996).

Para as ciências sociais e humanas e *modelos cognitivos e psicossociais*, o envelhecimento bem sucedido é perspectivado pela qualidade da transacção entre a mudança pessoal do indivíduo ao longo da sua vida e a mudança da sociedade, com especial incidência nos últimos anos (Featherman, Smith, & Peterson, 1993).

No âmbito da psicologia, a investigação recai na função cognitiva (modelos cognitivos), controlo percebido e satisfação com a vida. Os autores que estudam o envelhecimento cognitivo procuram as características que se desviam do envelhecimento normal, distinguindo o processo patológico do normal e do bem sucedido. Schaie (1990) descreve envelhecimento bem sucedido como a optimização do funcionamento cognitivo (onde inclui raciocínio indutivo, orientação espacial, números, significação verbal e fluência verbal). Bandura (1991) sublinha a preservação da eficácia autopercebida como forma de lidar com as perdas e ter boa saúde e produtividade na velhice. Estes modelos, baseados no aumento da variabilidade interindividual resultante do processo de envelhecimento, utilizam três formas de análise na comparação do desempenho cognitivo da pessoa idosa com (Lupien & Wan, 2004):

- As características normativas da sua faixa etária - para além da idade, considera-se o nível de instrução e estatuto socioeconómico. O indivíduo envelhece com sucesso caso as suas características estejam acima desses valores normativos;
- O desempenho médio de um grupo da mesma faixa etária - envelhece-se com sucesso ao apresentar um elevado desempenho em relação à média desse grupo;

- O desempenho médio de um grupo de indivíduos mais novos - envelhece com sucesso aquele que manifestar um desempenho cognitivo semelhante ao dos indivíduos mais novos.

Estas três fórmulas de análise sobre o envelhecimento são distintas, logo apresentam diferentes resultados: o mesmo indivíduo pode ser considerado como tendo um envelhecimento bem sucedido num contexto, mas normal ou patológico noutro. Por outro lado, ao se terem em conta apenas as dimensões de saúde cognitiva ou emocional, excluindo a dimensão física (presença de doença), uma elevada percentagem de pessoas idosas vivencia um envelhecimento bem sucedido (Deep, Vahia, & Jeste, 2007). Pode, contudo, fazer-se algumas críticas aos métodos de análise utilizados por estas diferentes abordagens.

Em primeiro lugar, os valores normativos resultantes dos testes cognitivos podem não ser rigorosos nem exactos, devido a uma possível contaminação de casos ainda não diagnosticados de doenças do foro neurológico, como o Alzheimer. Em segundo lugar, sabe-se que os níveis de instrução estão positivamente correlacionados com a função cognitiva, pelo que os resultados da segunda forma de análise podem ser parciais. Aqueles que apresentam níveis superiores à média do grupo na mesma faixa etária, terão manifestado os mesmos níveis elevados ao longo da vida. Esta abordagem ao envelhecimento bem sucedido é de certa forma elitista, pois relaciona factores como a escolaridade ou salário auferido. Em terceiro lugar, ao se comparar diferentes grupos etários, está-se a colocar no mesmo patamar variantes distintas de cada uma das faixas etárias e, por isso, a probabilidade de surgir um efeito de coortes é elevada. Além disso, há menos homens nas gerações mais velhas e apresentam mais problemas de saúde do que as mulheres, o que não acontece nas gerações mais novas. Também o historial de vida e os níveis de escolaridade dos dois grupos são díspares, assim como a forma de interpretar os testes de medição cognitiva. Por exemplo, há palavras e significados que são interpretados de forma diversa segundo a geração. As estratégias didácticas e de aprendizagem que os indivíduos conhecem foram sendo alteradas ao longo das gerações, o que pode conduzir a diferenças de coortes e não diferenças relacionadas com a idade em si. Em quarto lugar, sabe-se que nunca se perde a capacidade de apreender nova informação (devido às capacidades de reserva ou plasticidade), pelo que uma pessoa idosa pode ainda vir a apresentar valores de um envelhecimento bem sucedido.

No âmbito da sociologia, os modelos psicossociais consideram que o envelhecimento bem sucedido está relacionado com as competências pró-activas, seja na interacção social, seja no lidar com perdas ou stress. Não se trata de um atributo do indivíduo nem de uma variável individual como a sabedoria ou a vitalidade física, mas de um factor psicossocial. Dá-se particular ênfase à interacção social, ao bem-estar subjectivo do indivíduo e à satisfação com a vida. A existência de uma rede social de suporte é determinante: as pessoas idosas com mais laços relacionais, apoio e melhor integração social apresentam menor risco de mortalidade e uma mais-valia na saúde em termos físico e mental (Lupien & Wan, 2004). Constata-se, por exemplo, um menor surgimento de doenças como as cardiovasculares, hipertensão ou depressão, relacionadas com o declínio cognitivo. Para os modelos psicossociais, um envelhecimento bem sucedido reflecte-se nas atitudes e na forma de lidar com o quotidiano, que se repercute em elevados níveis de bem-estar subjectivo. Está relacionado com a satisfação de necessidades secundárias como a autocompreensão, ajudar os outros e sentir que marca a diferença com as suas acções, o que significa que as necessidades básicas estarão resolvidas com graus elevados de satisfação com a vida (Fisher, 1992). Na perspectiva dos modelos psicossociais há também que considerar o peso dos traços de personalidade do indivíduo na vivência de um envelhecimento bem sucedido. Não é consensual o facto de a personalidade poder ser estável ou passível de mudança ao longo do tempo, mas os seus traços são tidos como o melhor vaticínio do bem-estar psicológico futuro (Lupien & Wan, 2004). Quando manifestados em contexto negativo ou em contexto positivo, o autoconceito, as atitudes, entre outros factores, costumam estar associados ao neuroticismo e a baixos níveis de bem-estar no primeiro caso, ou à extroversão e a elevados níveis de bem-estar, no segundo. Assim, um dos marcadores do envelhecimento bem sucedido passa pelos traços de personalidade do indivíduo, que se desenvolvem desde a mais tenra idade. O que aponta, indiscutivelmente, para que a sua promoção deva ser precoce. Esta deverá então incidir no fomento da interacção social, no estímulo do bem-estar subjectivo e de uma elevada satisfação com a vida.

### **1.2. O envelhecimento bem sucedido segundo os modelos multidimensionais**

Para os autores que se inserem nos modelos multidimensionais, as análises dos modelos biológicos ou psicossociais relativos ao envelhecimento bem sucedido só têm em conta marcadores específicos da sua área de estudo. Não predizem ou

explicam outros factores importantes que o possam influenciar. Neste sentido, os modelos multidimensionais consideram aspectos biológicos e psicossociais em simultâneo: para além dos conceitos de variabilidade interindividual e intra-individual, estão também presentes as variações socioculturais.

Identificam-se na literatura indicadores como ter um estado de saúde aceitável e um estilo de vida satisfatório, manter actividades sociais e de desenvolvimento pessoal, permanecer activo física e mentalmente, adoptar uma atitude positiva e de apreciação da vida, ter relacionamentos próximos, adaptar-se às mudanças, ter independência económica, aceitar o próprio envelhecimento e compensar as perdas que daí advenham (Duay & Bryan, 2006; Knight & Ricciardelli, 2003; Tate, Lah, & Cuddy, 2003; von Faber et al., 2001). O envelhecimento bem sucedido é, assim, considerado um constructo multidimensional. Todavia, quanto à sua concepção e estrutura, há discordância entre autores, existindo três perspectivas: o envelhecimento bem sucedido (i) como objectivo a atingir; (ii) como visão ideal ou positiva da vida; ou (iii) como retrato geral da condição do indivíduo (Quadro 12).

**Quadro 12 - Três modelos multidimensionais e suas características**

	Características
<b>Objectivo a atingir</b> (Rowe & Kahn, 1987, 1998)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência ou redução da doença ou incapacidade</li> <li>• Manutenção de elevados níveis funcionais</li> <li>• Envolvimento activo com a vida</li> </ul>
<b>Perspectiva ideal ou positiva da vida</b> (Fisher, 1992, 1995; Guse & Masesar, 1999; Ryff, 1989a, 1989b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Postura direccionada para a vida de forma optimista</li> <li>• Procura da menor interrupção dos níveis funcionais apesar da possível presença de doenças ou incapacidades</li> <li>• Experiências passadas como base para lidar com os problemas do presente e do futuro</li> </ul>
<b>Retrato geral da condição do indivíduo</b> (Baltes & Baltes, 1993; Carstensen, 1991; Kahana & Kahana, 1996; Salthouse, 1991; Schulz & Heckhausen, 1996)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equilíbrio entre ganhos e perdas ao longo do envelhecimento</li> <li>• Significado de sucesso como uma variável individual</li> <li>• Formação para além das teorias normativas</li> </ul>

(Adaptado de Fisher, 1992, 1995; Guse & Masesar, 1999; Ryff, 1989a, 1989b; Rowe & Kahn, 1987, 1998; Baltes & Baltes, 1993; Carstensen, 1991)

A primeira perspectiva foi proposta por Rowe & Kahn (1987, 1998), que sublinham ser o envelhecimento bem sucedido um *objectivo a atingir*. Implica a ausência ou a redução ao mínimo da manifestação de doença ou incapacidade, a

manutenção de elevados níveis das capacidades físicas e cognitivas e o envolvimento activo com a vida, preservando as actividades produtivas e sociais. Os autores fazem, deste modo, distinção entre envelhecimento normal e envelhecimento bem sucedido. Enquanto que no processo normal de envelhecimento ocorrem múltiplas variações fisiológicas e psicossociais, no processo de envelhecimento bem sucedido verificam-se baixos níveis de perdas funcionais e o estímulo das capacidades por parte do indivíduo. Este tende a apresentar, assim, menor probabilidade de desenvolver doenças ou incapacidades com elas relacionadas e a manter elevados níveis cognitivos e físicos. Segundo os mesmos autores, estes factores resultam num manifesto envolvimento com a vida, nas relações interpessoais e na realização de trabalho produtivo. Nesta perspectiva, um mesmo indivíduo viverá ou não um envelhecimento bem sucedido ao longo do tempo, conforme acuse ou não a presença daqueles três factores.

Considera-se que os indivíduos mais resilientes são aqueles que conseguem, novamente, manifestar esses 'critérios de sucesso'. Rowe & Kahn (1987, 1998) referem também que são esses factores que distinguem envelhecimento bem sucedido de 'envelhecimento mal sucedido'. Não se trata apenas da oposição linear entre saúde e doença, mas antes de apresentar ou não de todo estes três factores. Ou seja, pode ter-se escassas manifestações de doença, manter funcionalidades, mas não se ter uma rede social ou sentir-se útil. Diferenciam também envelhecimento bem sucedido da noção de 'não envelhecer': envelhecimento bem sucedido é envelhecer da melhor forma possível, enquanto não envelhecer é uma questão hipotética que implica a inexistência de envelhecimento.

A segunda perspectiva define envelhecimento bem sucedido como uma *forma ideal ou positiva de estar na vida*. Mesmo na presença de doenças ou incapacidades, pode haver um desenvolvimento ideal ou positivo ao longo da vida. Ryff (1989a, 1989b) e Guse & Masesar (1999) consideram que para além de uma boa saúde, outras variáveis intervêm: ter a capacidade de adaptação às mudanças, auto-aceitar-se, ser afectuoso, ajudar os outros, ter sentido de humor e divertir-se. Em estudos realizados por Fisher (1992, 1995), as pessoas idosas inquiridas apontaram, ainda, a interacção com os outros, autonomia, sentido para a vida e existência de estratégias para lidar com o que acontece: o saber lidar com a vida e adoptar uma postura optimista. É um processo de desenvolvimento onde as experiências passadas são a base para enfrentar os problemas do presente e do futuro, o que pode ser perspectivado como o ajustamento entre o eu (*self*) e o

contexto. Essa capacidade de adaptação, vista como essencial para o bem-estar na fase da velhice, é também entendida como a flexibilidade do indivíduo para lidar com os problemas e/ou contextos num sentido ideal ou positivo.

Para a terceira perspectiva o envelhecimento bem sucedido é o equilíbrio entre ganhos e perdas ao longo do processo, analisado à luz de um *retrato geral da condição do indivíduo*, defendida por autores como Carstensen (1991), Kahana & Kahana (1996), Salthouse (1991) e Schulz & Heckhausen (1996). Neste âmbito, Baltes & Baltes (1993) reconhecem que o significado de sucesso é uma variável individual e procuram ir além das teorias normativas. Assim, desenvolveram o Modelo Selecção, Optimização e Compensação, baseado em sete proposições: (i) existem grandes diferenças entre o envelhecimento normal, óptimo e patológico; (ii) verifica-se uma grande heterogeneidade ou variabilidade no envelhecimento; (iii) o indivíduo possui capacidades de reserva ou plasticidade ao longo do envelhecimento; (iv) há um processo de declínio aquando dos limites dessas capacidades de reserva ou plasticidade; (v) o conhecimento pragmático baseado na tecnologia pode retardar o declínio cognitivo; (vi) com o avançar da idade as perdas tornam-se maiores que os ganhos; (vii) o eu (*self*) permanece resiliente na idade avançada. Nesta perspectiva, à medida que o indivíduo envelhece, torna-se mais selectivo na escolha de interesses e actividades. Procura maximizar as hipóteses de os realizar utilizando as estratégias disponíveis dentro das suas possibilidades (optimização). No entanto, assim que o meio utilizado não surta efeito, tende a compensar com outro, seja físico, psicológico ou tecnológico (por exemplo, devido à perda de audição, desenvolve outra competência na comunicação ou adquire um aparelho auditivo). Estes autores consideram que o potencial, limites, ganhos e perdas fazem parte do envelhecimento. Quando sofre perdas nas capacidades físicas ou funcionais, o indivíduo estabelece as suas prioridades, amplia os seus recursos e adapta-se a essa mudança através do processo de selecção, optimização e compensação.

Neste presente estudo optou-se por uma definição mais consensual de envelhecimento bem sucedido que incorpora as três perspectivas descritas, e foi desenvolvida por Bowling & Dieppe (2005). Estes autores entendem que o envelhecimento bem sucedido é a expressão de um processo transaccional, ou seja, é em simultâneo um processo dinâmico e o resultado do desenvolvimento do indivíduo ao longo da vida (Quadro 13). Trata-se de uma competência geral, que contém a habilidade para desenvolver novas capacidades de adaptação (resiliência) face às mudanças que ocorrem no meio, mente e corpo. Engloba

também a capacidade de aprendizagem de novas estratégias face à perda (expansão da capacidade de reserva ou plasticidade), o que promove o potencial de reabilitação e manutenção da independência. Na fase da velhice o indivíduo continua a ter potencial de crescimento positivo e criativo, pois utiliza as suas experiências passadas para lidar com as circunstâncias presentes, mantendo um sentido do eu (*self*) realista. Tem, deste modo, a capacidade de se adaptar a uma nova condição de vida, de se desenvolver, de conviver com situações diversas, mesmo na presença de problemas de saúde ou outros (Lebowitz, Pearson, & Cohen, 1998).

**Quadro 13 – Características do envelhecimento bem sucedido**

<b>Características do envelhecimento bem sucedido</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo dinâmico e transaccional</li> <li>• Resultado do desenvolvimento ao longo da vida</li> <li>• Capacidade de aprendizagem (expansão das capacidades de reserva ou plasticidade)</li> <li>• Capacidade de adaptação (resiliência)</li> <li>• Baseado em experiências passadas para lidar com as presentes</li> <li>• Manutenção do eu (<i>self</i>) realista</li> <li>• Satisfação com a vida (manutenção do bem-estar físico, psicológico e espiritual)</li> </ul>

(Adaptado de Bowling & Dieppe, 2005).

Este conceito envolve também o conceito de satisfação com a vida, onde se inclui a manutenção e/ou reposição do bem-estar físico, psicológico e espiritual, em situações de crise e risco biológico, social e psicológico. Talvez por isso, Pearlin & Skaff (1996) se refiram às pessoas idosas que possuem estas características como 'pessoas idosas de sucesso', ou seja, as que vivenciam um envelhecimento bem sucedido. Contudo, há outro aspecto que interfere na definição de envelhecimento bem sucedido: o sociocultural.

### **1.3. O aspecto sociocultural na definição de envelhecimento bem sucedido**

Grande parte da investigação sobre o envelhecimento bem sucedido incide no bem-estar subjectivo e seus indicadores das sociedades ocidentais, negligenciando outros contextos. Todavia, há diferenças socioculturais nas várias dimensões da adaptação à velhice, como aquelas entre os velhos-jovens e os velhos-velhos, entre



géneros, etnias, assim como na forma como os indivíduos vivenciam os acontecimentos de vida e as suas estratégias de adaptação. Essas diferenças determinam o que se valoriza na sociedade. Aponta-se, inclusive, a possibilidade da disparidade de resultados, numa mesma sociedade, nos estudos realizados ou por jovens investigadores ou por investigadores mais velhos (Willcox et al., 2007).

A investigação nesta área indica a transversalidade dos indicadores 'ter boa saúde' e 'segurança material', sentidos como os mais importantes para uma boa qualidade de vida. No entanto, quando a saúde e as capacidades estão em processo de declínio, os diferentes indivíduos em diferentes sociedades já não manifestam a mesma opinião. Por exemplo, no Canadá, a presença de doenças crónicas nas pessoas idosas não é considerada uma influência impeditiva de satisfação com a vida (Willcox et al., 2007). Esta postura pode justificar-se pela forma como essas pessoas idosas compensam as perdas. São elas quem transmite o conhecimento às gerações mais novas e quem detém o controlo familiar e algum financeiro. Com estas tarefas, as pessoas idosas sentem-se como elementos activos no tecido familiar e social, pelo que as perdas físicas não assumem consequências de maior. Apesar de se considerar 'ter boa saúde' como um indicador de envelhecimento bem sucedido, quando essa saúde falta, os aspectos familiares e sociais são os que sobressaem e pesam na satisfação com a vida. O mesmo sucede no Japão, onde esse declínio é compensado com a deferência dos mais novos para com os mais velhos, um sinal de estatuto social. Na sociedade nipónica, o indivíduo vai ganhando o respeito dos outros ao longo da vida devido ao seu contributo para a sociedade. Em Portugal as pessoas idosas não manifestam a mesma satisfação quando a saúde declina. Sentem que já não são úteis, que a velhice não é valorizada e que pouco podem acrescentar. O isolamento interaccional e habitacional (em particular nas zonas urbanas) conduz a que as perdas de saúde sejam sentidas com mais intensidade. Apesar de num estudo exploratório na população portuguesa com indivíduos de 75 anos ou mais, realizado por Sousa, Galante, & Figueiredo (2003), e no qual 79,7% dos inquiridos eram autónomos, os idosos portugueses em geral não possuem estratégias de compensação vividas em comum, mas apenas individuais em alguns casos (como passatempos, conviver, ajudar familiares e amigos).

A investigação sugere que as principais influências negativas no bem-estar e saúde psicológica das pessoas idosas (e em consequência, num envelhecimento bem sucedido), são os acontecimentos de vida negativos, os stresses crónicos e as características velhistas da sociedade (Friedrich, 2003; Uhlenberg, 2000) (Quadro 14).

**Quadro 14 – Principais influências negativas no bem-estar e saúde psicológica das pessoas idosas**

<b>Acontecimentos de vida negativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situações indesejadas</li> <li>• Abusos</li> <li>• Reforma</li> <li>• Morte de próximos significativos</li> </ul>
<b>Stresses crónicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudança de residência</li> <li>• Mudança na interacção com o outro</li> <li>• Complicações do dia-a-dia</li> </ul>
<b>Características velhistas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressentimento na atribuição dos seus direitos</li> <li>• Sentimento de inutilidade social</li> <li>• Dificuldade no acesso à educação e trabalho</li> </ul>

(Adaptado de Friedrich, 2003; Uhlenberg, 2000)

Os *acontecimentos de vida negativos* são um dos principais stressores no envelhecimento, de par com os *stresses crónicos* (Ramos, 2005).

Ao longo da vida, o indivíduo passa por várias eventualidades e transições, que originam mudanças nos papéis a desempenhar (Mathur & Moschis, 2005). Relacionados com a idade e fundamentais na construção da sua identidade pessoal e social, esses papéis (como ser pai, avô ou tornar-se viúvo) são influenciados pelo percurso de vida (George, 1993). Tendo presente que alguns desses eventos vão ocorrer como previsto, segundo os padrões sociais normativos, outros haverá que são inesperados. Esses eventos, esperados ou não, são acontecimentos de vida, experiências objectivas de tal forma significativas para o indivíduo que causam modificações nas suas actividades habituais. Constituem um fenómeno descontínuo e transversal à vida do indivíduo, mas implicam uma alteração no seu curso (Ramos, 2004). Independentemente da sua natureza, são marcos de vida, problemas que originam emoções intensas e conduzem a uma modificação no comportamento e a uma readaptação ao novo contexto, incluindo mudanças na identidade (Brown, 1989; Sandin, 2003).

De facto, adoptam-se diferentes papéis e comportamentos em contextos específicos, onde se acaba por auto-avaliar as próprias acções e o retorno que daí advém. Em função das mudanças que um acontecimento de vida implica, estas podem assumir uma natureza severa quando requerem um reajustamento por um longo período de tempo, ou não severa, quando o impacto menor (Brown, 1989).

Têm lugar nas diversas áreas da vida, como na família, profissão, finanças, relacionamento, saúde, lazer, educação, local de residência (Ramos, 2004).

Estes acontecimentos podem ser normativos ou previsíveis, dado que ocorrem nos diversos períodos de vida do indivíduo: por exemplo, a entrada no meio escolar, o surgimento da menarca ou primeiro namoro, o casamento, a promoção no emprego, o nascimento de um filho ou o divórcio, a reforma, a perda de familiares e amigos. Podem ser não normativos ou imprevisíveis, como a morte de um filho ou uma situação de guerra ou catástrofe natural. Podem também ser desejados ou não desejados, positivos ou negativos para o indivíduo. Os acontecimentos de vida negativos mais frequentes nas pessoas idosas incluem (Friedrich, 2003):

- Situações indesejadas - circunstâncias socioeconómicas negativas, perdas relacionadas com a saúde ou a de próximos;
- Abusos - físicos, psicológicos, financeiros, sexuais, negligência;
- Reforma - no caso das pessoas idosas que não se envolvem em alguma actividade e que se sentem desvalorizadas por não desempenharem uma tarefa reconhecida;
- Morte de próximos significativos - as pessoas idosas registam um acumular de perdas ao longo dos anos, de par com o declínio das suas capacidades físicas, pelo que o surgimento destes eventos de vida negativos na velhice poderá ser devastador.

Há também que considerar os denominados *não acontecimentos*, ou seja, aqueles desejados mas que não ocorrem, como o esperar ser avô e tal não acontecer.

Os acontecimentos de vida, directos ou indirectos, são aqueles que sucedem ao indivíduo ou os que acontecem a pessoas próximas significativas; neste último caso, denominados acontecimentos *não egocêntricos* (Ramos, 2005). Os chamados acontecimentos de *transição* ocorrem no período intercalar de dois papéis, por exemplo, quando a filha está grávida. Ainda não se é avô, mas já se têm posturas e responsabilidades inerentes à nova condição (Pearlin, 1982; citado em Mathur & Moschis, 2005).

A investigação sobre a temática dos acontecimentos de vida negativos não considera, geralmente, a influência de um só acontecimento em concreto, mas a acumulação de vários, e que tenham tido lugar nos últimos anos de um indivíduo. Há acontecimentos que se interrelacionam: os stressores primários dão origem a

stressores secundários. Quanto mais graves, indesejáveis e numerosos forem, mais o indivíduo se sujeita a ficar debilitado. O mesmo sucede quando surgem situações inesperadas ou incontroláveis, em que a incapacidade de gerir a causa do stresse, seja ela social ou psicológica, poderá ocasionar reacções psicofisiológicas. E assim, originar alterações cardiovasculares, hipertensão, úlcera, dores musculares, asma, enxaquecas, perda de qualidade de vida, depressão, entre outros problemas de saúde. Certas situações são de tal modo traumáticas que se converterão eventualmente em condições mais ou menos crónicas, como o stresse pós-traumático. Essas reacções psicofisiológicas, por sua vez, poderão promover acontecimentos stressantes, que originam novas situações não esperadas ou incontroláveis. Refira-se, por exemplo, a ocorrência de um acidente vascular cerebral, mesmo que ligeiro, que afectará o quotidiano de um indivíduo e as suas actividades. Ou acontecimentos de vida ocorridos no seio da família (como a perda de estatuto social devido à reforma) que arriscam tornar-se uma potencial fonte de stresse, ameaçadora da dinâmica habitual (Wood, 2007). É o denominado stresse recente (distinto do stresse crónico e do diário), originado por mudanças agudas que requerem ajustes drásticos num curto espaço de tempo (Sandin, 2003).

A segunda influência negativa no bem-estar e envelhecimento do indivíduo são os *stresses crónicos*. Por stresse crónico entende-se a súmula de experiências recorrentes e duradouras, como problemas, conflitos e situações ameaçadoras, que se relacionam com o desempenho ou transformação de papéis sociais (problemas financeiros, conjugais ou parentais, dificuldades permanentes no trabalho) (Ramos, 2005). Distingue-se do stresse diário, que está ligado ao acumular de experiências negativas de aparente pouca importância que ocorram ao longo do dia (discutir com o cônjuge, não encontrar um objecto importante, chegar atrasado devido ao trânsito). São acontecimentos concretos, com um início e final delimitados, de duração relativamente breve. Apesar de causados ambos (o crónico e o diário) por experiências sociais e psicológicas que acontecem no quotidiano da maioria dos indivíduos, os stresses crónicos caracterizam-se por serem graduais, contínuos e abertos no tempo (não têm um final claro). Geralmente estão associados (Friedrich, 2003):

- À mudança de residência - sucede na maioria das vezes por o indivíduo já não conseguir viver sozinho, de forma autónoma. Esta decisão costuma ser acompanhada por angústias e atritos, sendo uma opção tomada com desgosto e por necessidade;

- Às relações com os outros - o stress nas relações surge geralmente associado a problemas com próximos, ao desgaste de cuidar do cônjuge dependente e à mudança de papéis. Em consequência, na interacção com os familiares e amigos;
- Ao quotidiano - complicações que surgem no dia-a-dia, acompanhadas pelo declínio das capacidades que comprometem a autonomia e, por sua vez, a auto-estima e valorização pessoal.

*As características velhistas da sociedade* (a terceira principal influência negativa no bem-estar das pessoas idosas) tanto ocorrem em paralelo com os acontecimentos de vida e com os stresses crónicos, como por si só são influências negativas no bem-estar das pessoas idosas. Tem-se como exemplo a inflexibilidade do sistema, a aversão à improdutividade social e a competição entre direitos e deveres das diferentes faixas etárias (Uhlenberg, 2000). As políticas educativas, laborais e de promoção da saúde tendem a ser desenhadas, na sua esmagadora maioria, para os mais jovens (descontos em serviços e produtos, elevada oferta educativa não formal através das casas e institutos da juventude). Só muito recentemente é que se tem verificado um crescente número de iniciativas direccionadas às pessoas idosas em áreas que não apenas as dos cuidados no final de vida (lares, clínicas, ...) e de lazer (passeios). Por sua vez, muitos dos indivíduos na fase activa sentem-se relutantes quanto ao pagamento de impostos, parte dos quais que se reverterá em pensões e cobertura dos custos de saúde das pessoas idosas.

Todos estes factores, seja de forma de explícita ou implícita, exercem grande impacto no quotidiano das pessoas idosas. As pessoas idosas ressentem-se desta animosidade e segregação, que podem determinar a qualidade do seu bem-estar e saúde psicológica. Sabe-se que podem, por exemplo, conduzir ao surgimento de depressão, que por sua vez tende a comprometer o funcionamento cognitivo da pessoa idosa e a provocar desinteresse na adopção de comportamentos saudáveis. O envelhecimento celular tem tendência a acelerar devido à redução da capacidade imunológica, e o nível de optimismo e a frequência de socialização a diminuir (Deep, Vahia, & Jeste, 2007).

### **1.3.1. Envelhecimento activo**

O termo *envelhecimento activo* foi registado nos Estados Unidos da América, na década de 1960, aquando do desenvolvimento do conceito de envelhecimento

bem sucedido. Entendia-se que os conceitos de envelhecimento activo e de envelhecimento bem sucedido estavam relacionados.

O conceito inicial de envelhecimento activo surgiu relacionado com a Teoria da Ruptura, desenvolvida por Cumming & Henry (1961). O indivíduo deixa de exercer alguns papéis sociais à medida que envelhece e esse processo de ruptura varia de indivíduo para indivíduo, tanto quanto à altura em que ocorre como na intensidade com que é vivido. Considerando que ao longo da vida a mudança é constante, e que os papéis da meia-idade deixam de existir na velhice com consequências no bem-estar psicológico dos indivíduos, os autores defendem a importância de se encontrar e fomentar outros. Esses novos papéis paralelos, funcionando a um mesmo nível que os anteriores, influirão na qualidade, frequência e finalidade da interacção com os outros, assim como no cuidado de si. O envelhecimento será bem sucedido se o indivíduo mantiver um bom grau de satisfação com a vida, pelos relacionamentos, actividades e papéis que desempenha. O envelhecimento activo relaciona-se, assim, com a manutenção na velhice dos padrões de actividade e valores típicos da meia-idade (Havighurst, 1961; Rowe & Kahn, 1998).

A perspectiva da Teoria da Ruptura foi criticada por Havighurst, que desenvolveu a Teoria da Actividade em 1953 (Havighurst & Albrecht, 1953). Considera a anterior perspectiva demasiado drástica, entendendo que a actividade será a base de um envelhecimento saudável. Cada fase da vida tem os seus contextos e tarefas desenvolvimentais, assim como bases próprias a nível biológico (maturação física), psicológico (aspirações e valores) e cultural (expectativas da sociedade). Essa capacidade de se adaptar a novos contextos implica a superação de cada uma das tarefas desenvolvimentais de cada fase, ou seja, o desempenho dos novos papéis. Deste modo, os indivíduos que realizem tarefas ou actividades sociais serão aqueles que viverão mais anos e mais felizes (o que estará relacionado com uma boa adaptação social na velhice).

Mas também a esta perspectiva se apontaram críticas: trata-se de uma expectativa irrealista quando se procura a manutenção dos níveis de actividade anteriores. Muitos indivíduos deparam-se com limitações biológicas, sociais e económicas, que promovem sentimentos de frustração e fracasso.

Para além destas duas teorias que estiveram na origem do conceito de envelhecimento activo, este também procede da perspectiva do mercado de trabalho e de produção, relacionado com o conceito de *envelhecimento produtivo*. Este conceito surgiu na década de 70, altura em que dominava a

imagem de as pessoas idosas serem frágeis, dependentes e não produtivas, consideradas, assim, um peso para a sociedade (Gonçalves et al., 2006). A tónica no conceito de envelhecimento produtivo situava-se no âmbito da defesa do direito à ocupação laboral dos mais velhos, assim como ao seu prolongamento se assim o desejassem. A definição deste conceito carece de alguma concordância em termos específicos entre autores, mas em termos gerais é consensual considerar-se que implica um envolvimento estruturado e continuado numa actividade significativa e satisfatória por parte das pessoas idosas, com um impacto positivo na sua vida.

O conceito de envelhecimento activo surge, assim, numa altura em que a Europa começava a debater-se com a questão demográfica relativa ao envelhecimento da população, com sérias implicações económicas futuras: menos profissionais no activo, menor participação no suporte dos custos de saúde e das pensões dos reformados nas décadas vindouras. As diversas políticas governamentais passam a tentar dar resposta às mudanças demográficas presentes e futuras. Essa preocupação reflectiu-se na declaração de *Alma-Ata*, em 1978, onde se estabelecem directrizes internacionais para as políticas de promoção da 'saúde para todos'. Em 1986, na "Carta de Promoção da Saúde de Ottawa", surge a primeira estrutura de acção concertada para a promoção da saúde. Dois anos mais tarde, na 51.ª Assembleia Mundial de Saúde, celebra-se um acordo internacional para a aplicação das vinte e uma prioridades que emergiram nos vários países europeus na última década de então, com o documento "Saúde para todos: políticas para o séc. XXI." A questão do envelhecimento activo é a quinta prioridade, deliberando-se que a partir do ano de 2020 pessoas com mais de 65 anos deverão ter a oportunidade de aproveitar o seu potencial de saúde e de desempenhar um papel activo na sociedade. Já no século XXI, em 2002, no "Plano de Acção Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento", saído da Assembleia Mundial do sobre o Envelhecimento, adopta-se uma visão positiva do envelhecimento. Defende-se uma sociedade que integra as pessoas idosas, para que beneficiem de todos os aspectos de desenvolvimento social e económico. As pessoas idosas têm o direito de envelhecer com segurança e dignidade, seja qual for o local, e de participar na sua comunidade. Ainda em 2002, a Unidade de Envelhecimento e Curso de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) elabora um projecto de política de saúde. Com o "Envelhecimento activo: uma política de saúde", a OMS passa a considerar as noções de actividade, saúde e segurança, inseridas num contexto de envelhecimento saudável. Ao invés de incidir somente

no prolongamento e direito à ocupação laboral (como o envelhecimento produtivo), considera que um indivíduo pode permanecer activo através da sua participação na sociedade, seja ela de índole social, económica, cultural, espiritual ou cívica (como realização de trabalho voluntário ou adopção de hábitos de vida saudável após a reforma). Muito célebre ficou a ideia de que, como passou a haver mais anos de vida, há então que dar vida aos anos.

Foi a partir desta altura que a adopção do conceito de envelhecimento activo por parte dos vários países europeus começou a ter lugar e em grande parte devido à atenção que a OMS lhe prestou nos últimos anos (OMS, 2001a, 2001b, 2002). Nesse sentido, a União Europeia estabelece dois objectivos para 2010: em 2001, no relatório “*Stockholm Target*”, delibera-se o aumento da taxa europeia de emprego de indivíduos entre os 55 anos e os 64 anos; em 2002, no relatório “*Barcelona Target*”, considera-se o aumento progressivo do tempo limite de reforma para mais cinco anos.

O actual conceito de envelhecimento activo é aplicado aquando da referência à participação e inclusão das pessoas idosas na comunidade como cidadãos, reconhecendo-lhes igualdade nos direitos civis. Compreende um processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação social e para a segurança do indivíduo, de forma a promover a sua qualidade de vida à medida que envelhece. Pressupõe que ao longo da vida haja uma rentabilização das potencialidades individuais, em termos físicos, sociais, mentais e de bem-estar. Aquando da reforma, mesmo que sofra de alguma doença ou incapacidade, deverá continuar a participar activamente na sociedade através da sua família, entre pares ou na comunidade. A qualidade de vida é passível de ser promovida se houver uma protecção adequada em termos de segurança e de cuidados de saúde (quando necessários). Deste modo, o envelhecimento activo conjuga conceitos de qualidade de vida e de bem-estar físico, social e mental, ou seja, reporta-se à saúde, independência, autonomia e produtividade dos indivíduos, à medida que vão envelhecendo (CE, 1999; OMS, 2001a). A OMS indica oito determinantes no envelhecimento activo, factores individuais e externos que influenciam o processo de envelhecimento (OMS, 2002):

- Pessoais - a biologia e genética e factores psicológicos como a inteligência e a capacidade cognitiva;
- Comportamentais - a actividade física, alimentação saudável, saúde oral, níveis de consumo de álcool e tabaco e de medicação tomada, assim



como a adesão a hábitos de vida saudável. Considera-se também neste determinante os problemas de saúde induzidos por diagnósticos ou tratamentos (iatrogenia);

- Económicos - o rendimento, a protecção social e o trabalho;
- Relacionados com o ambiente físico - a segurança da habitação, qualidade da alimentação, da água e do ar;
- Relacionados com o ambiente social - o apoio social, a educação e alfabetização e a existência ou não de violência e maus-tratos;
- Relacionados com o sistema de saúde e de serviço social - a assistência a longo prazo, promoção da saúde e prevenção de doenças, os serviços curativos e serviços de saúde mental;
- Transversais – questões de género e a cultura, que poderão ser uma condição indirecta e que influenciam os restantes.

A promoção do envelhecimento activo e as estratégias de intervenção devem assim pressupor acções individuais e comunitárias/sociais, com base nestes determinantes. Segundo a OMS (2002), essas estratégias deverão reflectir-se em (OMS, 2002):

- Menos óbitos prematuros durante as fases da vida produtiva;
- Menos incapacidades associadas a doenças crónicas na velhice;
- Mais indivíduos a viverem com qualidade de vida ao longo do seu processo de envelhecimento;
- Mais indivíduos a participarem activamente em termos sociais, culturais, económicos e políticos, em actividades remuneradas ou não, e no meio domiciliário, familiar ou comunitário;
- Menos custos nos tratamentos e serviços médicos.

Contudo, no entender de Walker (2002), o actual conceito de envelhecimento activo ainda não se insere numa estratégia governamental concertada e coerente, pelo que muitas vezes é um mero *slogan*. Para o autor, a estratégia efectiva e eficaz deve considerar uma ligação forte e real entre o cidadão e a

sociedade. Neste sentido, indica sete princípios interligados para a elaboração de estratégias que incentivem o envelhecimento activo.

- Fomentar a actividade – a actividade contribui para o bem-estar do indivíduo, com efeitos na família, comunidade e sociedade. A promoção desta actividade não implica uma actividade profissional remunerada. É vista num sentido mais lato, que não reduzida somente ao aspecto laboral;
- Incluir todas as pessoas idosas – sejam jovens-idosas ou muito-idosas (mesmo que se encontrem mais vulneráveis e dependentes);
- Promover acções de carácter preventivo – incidir em aspectos preventivos e não somente nos compensatórios. Assim, a intervenção deve realizar-se ao longo do ciclo de vida e não apenas na velhice. A par das medidas necessárias para quem já se encontra nessa fase, deve dar-se ênfase à prevenção de doenças, incapacidades e dependência nos indivíduos mais novos;
- Promover a solidariedade intergeracional – esta assume particular importância na efectivação de um envelhecimento activo. Pressupõe igualdade entre gerações e o desenvolvimento de actividades que percorram as diferentes faixas etárias. Implica o futuro de todos os indivíduos, que deverá ser trabalhado no sentido de ser saudável e equilibrado;
- Estabelecer direitos e obrigações – os direitos dos indivíduos (como o direito à protecção social ou à educação ao longo da vida) implicam também obrigações. O envelhecimento activo pressupõe a manutenção desses direitos e obrigações, se bem que por vezes se torna difícil estabelecer um equilíbrio nas políticas;
- Promover a participação e investir no fortalecimento pessoal (*empowering*) – as estratégias devem motivar e dar oportunidades aos indivíduos para serem activos e permitir que desenvolvam as suas formas de actividades;
- Respeitar a cultura e diversidades nacionais – consoante o país, as formas de participação diferem. Uma estratégia de envelhecimento activo que se pretenda global, desenhada para um leque de países, deve ter em conta essas diferenças. Se num país agir de determinada forma é considerado um passo na promoção da actividade, noutro já poderá ser o seu oposto.

Deve, então, fomentar-se um equilíbrio entre a responsabilidade pessoal (autocuidado), ambientes adequados e solidariedade intergeracional. Os resultados e as implicações práticas do conceito de envelhecimento activo têm-se revelado tão importantes para as sociedades que a sua promoção continua a ter lugar junto das políticas internacionais: em 2009 propôs-se a possibilidade de 2012 se designar 'Ano Europeu para um Envelhecimento Activo e Solidariedade Intergeracional' (CE, 2009).

A distinção entre envelhecimento bem sucedido e envelhecimento activo não é muito clara entre os autores. O conceito de envelhecimento activo foi adoptado pela OMS (2002), onde se procurou ampliar o conceito de envelhecimento bem sucedido, apontando-se sobretudo para uma mudança cultural e de práticas. Uma das principais linhas passa pela necessidade de mudança das imagens e estereótipos relativos à velhice e ao envelhecimento, considerando que devem ser celebrados e não desvalorizados.

Associam-se ao conceito de envelhecimento bem sucedido factores psicológicos e psicossociais, de natureza social, ambiental, económica, educativa, sanitária e biológica (Fernández-Ballesteros, 2001). Surge, em geral, como um dos três processos de envelhecimento, de par com o normal e o patológico. Foi Baltes & Baltes (1993) quem enfatizou o uso da expressão envelhecimento bem sucedido por forma a que se perspectivasse noutra óptica a natureza da velhice e das imagens negativas que dela existem; Lazarus (1998) considerou que esta noção implicaria a aquisição de atitudes e de processos de *coping* que promovessem a independência e participação activa dos indivíduos, num maior espaço de tempo e apesar da ameaça ou aumento de incapacidades. É neste sentido que se passam a apresentar algumas estratégias.

## **2. Estratégias de envelhecimento bem sucedido**

A promoção do envelhecimento bem sucedido não implica anular a idade, mas otimizar o processo de envelhecimento, o que deve ocorrer ao longo da vida. A probabilidade de prolongar o bem-estar no indivíduo na idade adulta e de reduzir

a prevalência da morbilidade e mortalidade prematuras é maior quanto mais precoce for a intervenção (Hazzard, 1997). Esta não deve ter lugar somente quando o indivíduo atinge a fase da velhice ou quando já manifesta doenças crónicas e multifactoriais. Neste sentido, há que fazer distinção entre as intervenções inseridas no âmbito da geriatria ou da gerontologia. Enquanto que as primeiras se focam em situações que ameaçam a já precária saúde das pessoas idosas (quando já se verifica o aparecimento de doença ou incapacidade), visando uma possível cura, as segundas procuram promover estilos de vida saudáveis nas diversas vertentes que fortaleçam o indivíduo no seu todo (em termos físicos, psicológicos, sociais, familiares, lúdicos...). As intervenções gerontológicas procuram antecipar, por exemplo, o surgimento da aterosclerose, osteoporose, Alzheimer e outras doenças crónicas, assim como evitar possíveis recaídas (ocorrência de mais fracturas, infecções ou de enfartes).

As estratégias para um envelhecimento bem sucedido podem, assim, assumir uma orientação preventiva, correctiva ou ambas. A intensidade e o percurso das intervenções são determinados por aspectos relacionados com condições individuais e sociais (Friedrich, 2003). Dependendo dos indivíduos a que se destinam e dos recursos que são necessários, assim será orientado o seu planeamento, implementação e resultados da sua eficácia. Estes passos são, deste modo, delineados em função das vertentes que se procuram trabalhar (componentes mais ou menos stressantes, complexas, invulgares) e do maior ou menor controlo que se possa exercer sobre elas. No entanto, a investigação sugere que não há diferenças etárias na forma como os indivíduos concebem e aplicam as suas próprias estratégias individuais para um envelhecimento bem sucedido (Kahana, Kahana, & Kercher, 2003; Ouwehand, Ridder, & Bensing, 2007). Jovem ou idoso, o indivíduo é um agente activo na sua qualidade de vida. Seja numa perspectiva preventiva ou correctiva, pode concretizar as adaptações necessárias para o seu quotidiano presente e futuro, focalizando-se num problema ou promovendo aspectos positivos. Mediante a identificação de uma potencial ameaça para a sua saúde física e mental ou após a ocorrência de um problema, pode e deve planear e executar as adaptações necessárias (Freitas et al., 2002).

Nem sempre é possível, todavia, antecipar o problema e tomar as adaptações preventivas apropriadas. Por exemplo, numa situação de stress poderá haver um défice de atenção para realizar tarefas complexas que requeiram a integração de informação de fontes diversas. Também na presença de uma doença, incapacidade ou escassos recursos socioeconómicos, torna-se complicado saber

lidar com o que está ainda para vir. Ou então, por motivo de discriminação, não se adoptam medidas correctas para o problema. Algumas pessoas idosas tendem a camuflar problemas de saúde mental com queixas físicas, sabendo que assim também poderão ter acesso a cuidados médicos. O receio em manifestar o real problema (e serem desvalorizadas) faz com que não tomem as medidas mais adequadas (consultar um especialista da área do problema sentido). Também neste âmbito as condições individuais e sociais exercem uma forte influência na saúde, assim como na adopção (ou não) de estratégias preventivas, correctivas ou ambas.

O planeamento e implementação de estratégias individuais requerem, assim, uma postura pró-activa por parte do indivíduo, socorrendo-se tanto de recursos internos como externos (Kahana, Kahana, & Kercher, 2003) (Quadro 15).

**Quadro 15 – Recursos internos e externos dos indivíduos na promoção de um envelhecimento bem sucedido**

<b>Recursos internos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esperança ou optimismo</li> <li>• Altruísmo</li> <li>• Boa auto-estima</li> </ul>
<b>Recursos externos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidade financeira</li> <li>• Componente social</li> <li>• Acesso a cuidados de saúde</li> <li>• Acesso a novas tecnologias</li> </ul>

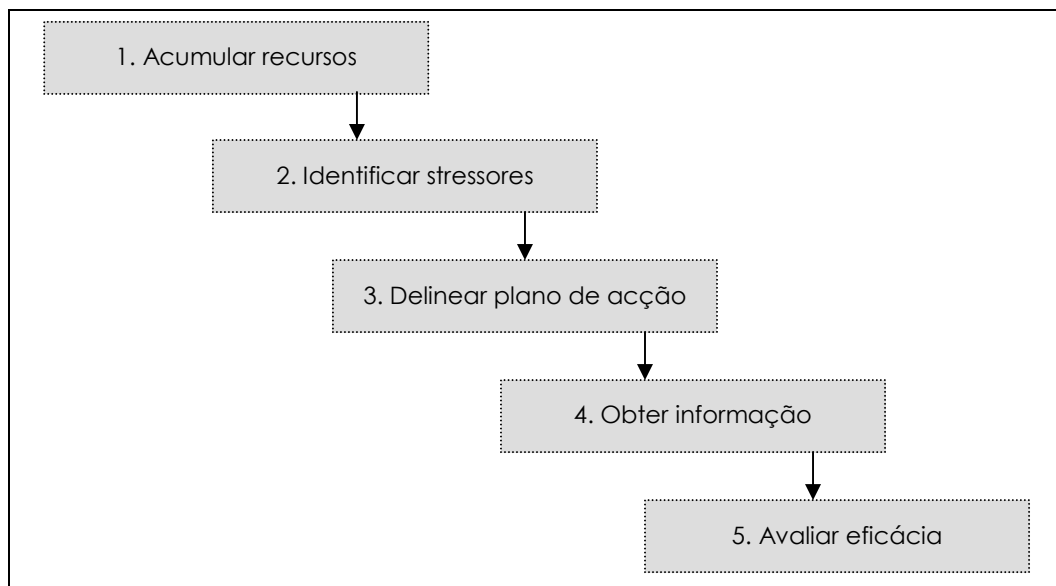
(Adaptado de Kahana, Kahana, & Kercher, 2003)

Por *recursos internos* consideram-se os atributos pessoais positivos, nomeadamente a esperança ou optimismo, altruísmo e boa auto-estima. São características que ajudam o indivíduo a tomar acções pró-activas e que amortecem os impactos dos eventos de vida negativos e stresses crónicos. Cada uma destas características pode levá-lo a fazer as adaptações necessárias, tanto no presente como para o futuro: a esperança ou optimismo podem dar origem a um melhor e mais adequado planeamento das acções para promoção da saúde; o altruísmo pode ser um motivo para ajudar o outro ou fazer voluntariado; um bom nível de auto-estima (e de auto-eficácia e autocontrolo) tende a estar associado à capacidade de adaptação a eventos stressantes na velhice e ao interesse em desenvolver actividades de carácter pessoal e espiritual.

Por *recursos externos* entende-se a capacidade financeira, componente social, acesso aos cuidados de saúde e à tecnologia existente. Uma boa capacidade financeira permite o acesso a melhores serviços de saúde e à compra dos medicamentos necessários. Pode reforçar estilos de vida saudáveis que exigem por vezes mais posses, como uma alimentação saudável e prática de exercício físico. Permite, ainda, a contratação de pessoal especializado para as necessidades de saúde específicas, assim como realizar alterações imprescindíveis em casa (como a eliminação de barreiras arquitectónicas). A componente social, perspectivada como a rede social do indivíduo, implica relações significativas com amigos e familiares, e com pessoas que fornecem apoio instrumental. Sabe-se que quanto maior a rede social maior será o bem-estar subjectivo; a sua relevância mede-se em termos qualitativos e não quantitativos. Por último, o acesso à tecnologia existente, tão crucial na actualidade. Com essa, podem surgir mais possibilidades de integração e mais facilitadas, seja em termos relacionais seja instrumentais.

Para Ouwehand, Ridder, & Bensing (2007), a acumulação dos recursos internos e externos é a primeira de cinco fases no delineamento das estratégias individuais de promoção do envelhecimento bem sucedido (Tabela 2).

**Tabela 2 – Fases do desenvolvimento das estratégias para um envelhecimento bem sucedido**



(Adaptado de Ouwehand, Ridder, & Bensing, 2007)

Estes autores consideram a seguinte ordenação:

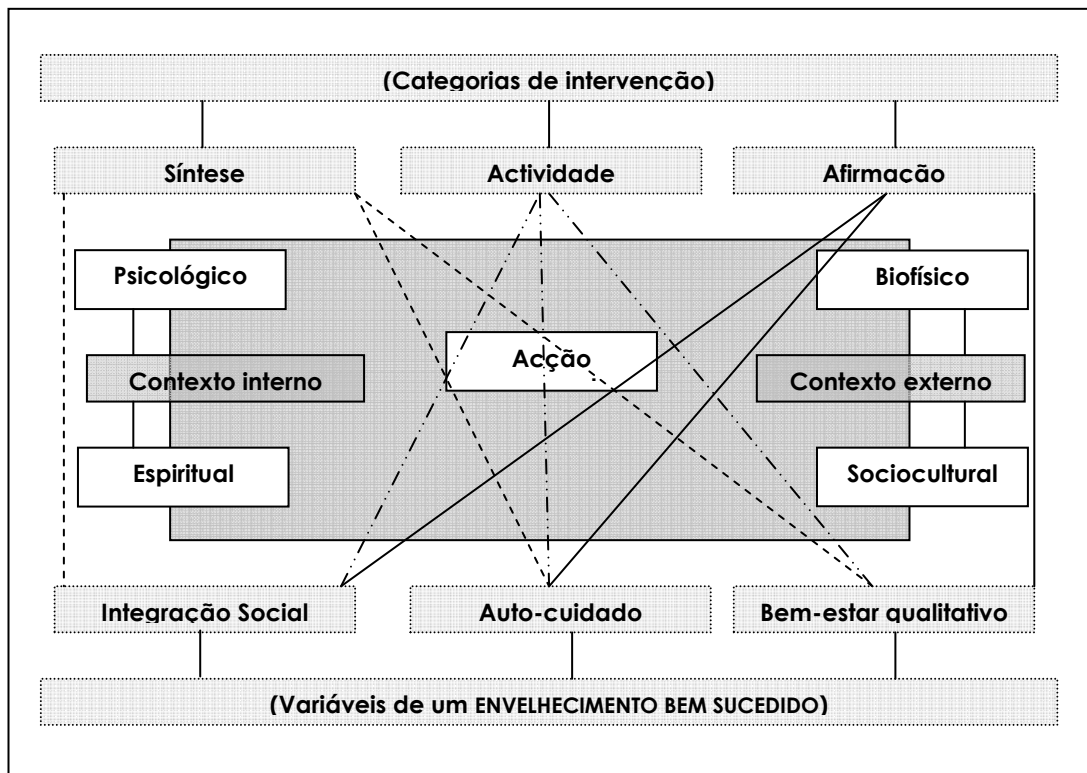
1. Acumulação de recursos internos e externos do indivíduo - construindo-se uma base sólida e resistente para quando houver alguma mudança. Esta fase não tem um período definido, ocorre ao longo da vida;
2. Identificação dos potenciais stressores - todas as dimensões da vida devem ser analisadas (possíveis mudanças quanto à saúde física e mental, finanças, relações familiares e sociais, habitação, ...);
3. Delineamento de um plano de actuação – antecipando-se os aspectos que se evidenciem como ameaças;
4. Obtenção de informação sobre potenciais aspectos ameaçadores - com vista a evitar ou minimizar possíveis sequelas (acções comportamentais em paralelo com o seu enquadramento cognitivo);
5. Avaliação do resultado da estratégia que se vai adoptar em contraponto com o avanço potencial da ameaça - nesta altura, pondera-se a eficácia da estratégia de modo a aplicá-la ou a melhorá-la. Por vezes, os indivíduos têm de lidar com stressores que já são eles próprios a perda de recursos. O declínio da saúde, por exemplo, é um stressor e reverte-se na perda de recursos internos e externos (pode conduzir à diminuição do optimismo ou da capacidade de trabalho, logo, a auferir menores rendimentos).

No final deste processo de construção de estratégias para um envelhecimento bem sucedido, deverão ser projectadas adaptações preventivas, correctivas (tradicionais) ou que impliquem ambas as dimensões (Kahana, Kahana, & Kercher, 2003). A vantagem deste processo situa-se na componente preventiva: quando um potencial stressor se tornar num real stressor, as suas consequências podem ser minoradas.

Considera-se ainda o Modelo Ecológico de Bem-Estar de Ruffing-Rahal & Wallace (2000) como um bom quadro de análise e sustentação teórica para um programa de intervenção para um envelhecimento bem sucedido. Este modelo promove a saúde e o bem-estar no quotidiano, em que o indivíduo adopta um estilo de vida baseado na responsabilidade individual, conhecimento e autocuidado. Pressupõe a existência de um significado de vida e a procura de harmonia em contextos subjectivos e pessoais, sociais e externos (Quadro 16). Este modelo permite a

realização de intervenções de promoção para a saúde com base em três categorias: actividade, afirmação e síntese.

**Quadro 16 - Modelo ecológico de Bem-Estar e Proposta de intervenção**



(Fonte: Ruffing-Rahal & Wallace, 2000: 269-270)

A categoria *actividade* diz respeito às escolhas individuais em actividades essenciais do quotidiano, como o cuidado com a saúde e o estilo de vida. A categoria *afirmação* reporta-se à percepção do indivíduo sobre as suas experiências de vida, numa vertente mais positiva que negativa, que se reflecte em satisfação pessoal, gratidão, esperança, fé e espiritualidade. A *síntese* concerne ao enquadramento das experiências de vida negativas e sofrimento que daí adveio na autopercepção e integridade pessoal.

Este modelo Ecológico de Bem-Estar encara como variáveis para a promoção de um envelhecimento bem sucedido: a integração pessoal, inserida no contexto de rede social do indivíduo (competências positivas de sociabilidade e relacionamento); o autocuidado, para a protecção e manutenção das funções e bem-estar; e o bem-estar qualitativo, integrado no quotidiano com um significado



pessoal em termos emocionais e espirituais. Os autores preconizam que as práticas de promoção de um envelhecimento bem sucedido passam por seis preceitos:

- Transmissão de informação - sobre competências de bem-estar e factores de risco específicos;
- Universalidade da informação - através de actividades em grupo, partilha de preocupações e problemas com vista à tomada de consciência e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento;
- Construção de coesão grupal - pela formação de laços afectivos entre os elementos do grupo, para criação de uma identidade grupal;
- Promoção de esperança - desenvolvendo encorajamento, optimismo e estímulo de valores positivos, direccionados para problemas de saúde dos elementos do grupo;
- Fomento do altruísmo – através do fortalecimento de um sentido de responsabilidade e cuidado solidário entre os elementos;
- Aprendizagem interpessoal - para resolução de problemas em grupo, explorando diversas técnicas, competências, atitudes e perspectivas.

Este modelo destaca a apologia de um estilo de vida com bem-estar. Os autores sugerem que para tal deverá verificar-se a existência de informação sobre aspectos e cuidados de saúde, a presença de um ambiente seguro e tranquilo, o fomento de sentimentos positivos, de laços sociais coesos com a família e amigos e de uma vertente espiritual, a criação de uma rede social de ajuda e de apoio, a possibilidade de ouvir música e de deslocação física, a adopção de actividades baseadas nas escolhas pessoais assim como de estratégias de enfrentamento relativas à mudança e perda por parte dos indivíduos. Na sua globalidade, o fomento do bem-estar físico, mental e espiritual.

## **2.1 Estratégias para um envelhecimento bem sucedido no âmbito individual, público e social**

O enfoque do planeamento das estratégias deve ser colocado na informação objectiva sobre o envelhecimento biológico, psicológico e social e nas questões relacionadas com a qualidade de vida e bem-estar. Os conhecimentos devem ser ministrados a indivíduos de várias idades: a crianças, para que a prevenção comece desde o início da vida; a adultos, para que saibam que estilos de vida são

benéficos ou prejudiciais e como promover o bem-estar; a idosos, para que aprendam a prevenir ou a lidar com a doença ou incapacidade sob o ponto de vista do seu bem-estar. As estratégias podem, assim, assumir uma natureza de controlo primário (visam a mudança de comportamento dos indivíduos, para modificar as suas necessidades, objectivos e percepção individual) ou de controlo secundário (implicam uma adaptação dos indivíduos aos factores externos, ao contexto onde estão inseridos) (Ng, 1998). Serão, assim, planeadas para antecipar ou para enfrentar factores que influenciarão um envelhecimento bem sucedido. No primeiro caso, fala-se de medidas preventivas; no segundo caso, refere-se a medidas correctivas (ou atenuadoras), que procuram reagir aos eventos stressantes no sentido de os atrasar ou minimizar. As medidas preventivas são consideradas por alguns investigadores como cruciais. Ouwenhand, Ridder, & Bensing (2007) defendem, igualmente, que devem ser incluídas em simultâneo com as medidas correctivas (ou atenuadoras), por forma a fazer face à ocorrência de potenciais novos eventos stressantes.

Sejam de enfoque preventivo, sejam de enfoque correctivo, as estratégias podem ser pensadas e aplicadas em termos individuais ou sociais. Ou seja, a sua esfera de acção tanto incide na interacção do indivíduo no quotidiano como nas directrizes da sociedade, como esta concebe e integra o indivíduo.

#### **2.1.1 Estratégias no âmbito individual**

No âmbito das estratégias individuais para a promoção de um envelhecimento bem sucedido podem ser tomadas medidas preventivas, correctivas (ou atenuadoras) ou ambas em simultâneo (Quadro 17). Consideram-se factores da área biomédica e psicossocial, incidindo sobre a saúde física e mental e a satisfação com a vida, a adaptação à mudança; a autonomia; a auto-regulação e independência; a espiritualidade; o envolvimento activo com a vida; e as relações sociais (Ferrario et al., 2008).

**Quadro 17 – Adaptações preventivas e/ou correctivas de promoção do envelhecimento bem sucedido**

<b>Adaptações preventivas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a saúde física e mental</li> <li>• Promover a satisfação com a vida</li> <li>• Planear o futuro com antecedência</li> </ul>
<b>Adaptações correctivas (ou atenuadoras)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Congregar medidas de suporte</li> <li>• Alterar os papéis familiares e sociais</li> <li>• Mudar o ambiente habitacional e as actividades domésticas</li> <li>• Promover a autonomia, auto-regulação e independência</li> </ul>
<b>Adaptações preventivas e correctivas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envolver-se activamente com a vida e nas relações sociais e ajudar os outros</li> <li>• Utilizar as novas tecnologias</li> <li>• Utilizar os serviços de cuidados de saúde</li> <li>• Desenvolver a capacidade de adaptação à mudança</li> <li>• Investir no desenvolvimento pessoal</li> <li>• Melhorar a aparência física</li> <li>• Promover o crescimento espiritual</li> </ul>

(Adaptado de Baltes & Baltes, 1993; Kahana, Kahana, & Kercher, 2003; Ferrario et al., 2008).

Nas adaptações preventivas, inclui-se a promoção da saúde física e mental, da satisfação com a vida e planear o futuro com antecedência (Baltes & Baltes, 1993; Kahana, Kahana, & Kercher, 2003; Ferrario et al., 2008).

- Promover a saúde física e mental – comprometer-se a ter um estilo de vida saudável de forma a reduzir a probabilidade de patologias relacionadas com o envelhecimento; executar actividades com empenho e vigor, mesmo que se possua uma doença ou incapacidade crónica; praticar regularmente exercício físico e manter o peso ideal, já que o aumento da força e da flexibilidade está relacionado com uma boa saúde física e bem-estar; não fumar, ter uma alimentação saudável e adoptar medidas de segurança. Destacam-se aqui as regras do Código da Estrada (usar sempre o cinto de segurança ou atravessar nas passadeiras) ou o não se expor ao sol em demasia (e colocar um creme protector). A investigação sugere ainda que ter uma visão positiva da vida e sentido de humor, e desenvolver as funções cognitivas e a resiliência (capacidade em adoptar uma postura

positiva apesar das diversidades) promovem boa saúde mental e bem-estar.

- Promover a satisfação com a vida – estabelecer objectivos prioritários no dia-a-dia. O seu cumprimento traduz-se normalmente na sensação de competência e valor. Também o sentir-se satisfeito com a vida (e ao longo dela) apesar da presença de alguma doença ou incapacidade, reflecte-se positivamente na velhice. A percepção de uma boa qualidade de vida pode conduzir a um sentimento de pacificação, alegria e bem-estar.
- Planear o futuro com antecedência – antecipar futuras necessidades, o que pode ajudar a diminuir problemas na velhice; prever quais as alterações ao estilo de vida que emergirão e orientar os recursos; planificar questões como as financeiras, habitacionais e cuidados de saúde, o que exige a previsão de mudanças que podem ocorrer, em especial na velhice.

Ao tomar estas medidas preventivas, o indivíduo não terá que realizar tantas adaptações correctivas. Sabe-se que o planeamento de estratégias orientadas para o futuro tem uma influência positiva na satisfação com a vida. Fica mais disponível para outras actividades quotidianas que lhe proporcionam bem-estar, conceito estreitamente relacionado com um envelhecimento bem sucedido (Ouwehand, Ridder, & Bensing, 2007; Prenda & Lachman, 2001).

Nas adaptações correctivas (ou atenuadoras) inserem-se a congregação de medidas de suporte, a alteração dos papéis familiares e sociais, as mudanças no ambiente habitacional e nas actividades domésticas e a autonomia, auto-regulação e independência (Kahana, Kahana, & Kercher, 2003; Ferrario et al., 2008):

- Congregar medidas de suporte – não recorrer somente à família e a pessoas próximas, mas também a instituições. Não recorrer apenas quando as primeiras já não detêm condições para prestar o apoio necessário.
- Alteração dos papéis familiares e sociais – envolver-se em novas actividades e adoptar novos papéis que promovam uma melhor adaptação à velhice. A entrada na reforma, ser avô, a introdução de novas tecnologias no dia-a-dia podem provocar alterações no quotidiano do indivíduo. Sabe-se que a identidade pessoal e o sentido que se atribui à vida estão relacionados com os papéis atribuídos, percebidos e desempenhados pelo indivíduo.

- Mudanças no ambiente habitacional e nas actividades domésticas – adaptar a habitação por forma a aumentar o conforto e executar as tarefas diárias com autonomia e segurança. Diminuir ou suprimir barreiras arquitectónicas ou introduzir meios necessários (como retirar portas pesadas ou colocar barras de suporte na casa-de-banho). Caso seja viável, adquirir uma residência adaptada às necessidades individuais. Essas mudanças habitacionais devem permitir que se realizem tarefas diárias de uma outra forma ou mais pausadamente (como preparar refeições sentado, não ter que se esforçar para aceder a um determinado compartimento, ligar e desligar luzes com dispositivo de presença).
- Autonomia, auto-regulação e independência – realizar actividades diárias de forma independente, mesmo que para isso necessite de algum auxílio. O sentimento de competência e auto-eficácia são importantes para o indivíduo experimentar um envelhecimento bem sucedido. Mesmo aquando de grandes alterações devido a doenças ou incapacidades, a sensação de autocontrolo repercute-se no quotidiano, saúde e bem-estar do indivíduo.

Tanto nas adaptações preventivas como nas correctivas (ou atenuadoras) consta o envolver-se activamente com a vida, nas relações sociais e na ajuda aos outros, utilizar as novas tecnologias, aceder a serviços de cuidados de saúde, desenvolver a capacidade de adaptação à mudança, investir no desenvolvimento pessoal, melhorar a aparência física, procurar aconselhamento individual ou em grupo e promover o crescimento espiritual (Baltes & Baltes, 1993; Kahana, Kahana, & Kercher, 2003; Ferrario et al., 2008):

- Envolver-se activamente com a vida, nas relações sociais e na ajuda aos outros - desenvolver actividades de lazer de interesse pessoal, como participar em grupos de aprendizagem ou lúdicos, viajar, realizar actividades produtivas. A participação em redes de suporte recíproco revela-se importante para o indivíduo, que se percebe útil para a sociedade: dar apoio emocional ou material a familiares, amigos, vizinhos ou desconhecidos, ser cuidador formal ou informal, orientar e aconselhamento a indivíduos mais novos, ser voluntário em instituições que prestam serviços ao próximo ou participar nas actividades religiosas da sua

comunidade. Estabelecer relações interpessoais significativas é uma forma de promover um envelhecimento bem sucedido.

- Utilizar as novas tecnologias – aprender a aceder a novas formas de comunicação e a serviços específicos que promovam a autonomia no quotidiano. As perdas que se fazem sentir na capacidade de adaptação ao meio devido ao envelhecimento devem ser contrabalançadas com 'ambientes amigos das pessoas idosas'. A utilização de um computador com Internet (e-mail, plataforma de mensagens escritas ou vídeo/áudio, tipo *Messenger*), de um telemóvel ou fax, permitem comportamentos mais pró-activos. Estes meios podem, por exemplo, ser promotores da relação com familiares ou amigos que se encontrem longe. Comunicar com especialistas sobre as preocupações e dúvidas pessoais pode ajudar a lidar com o dia-a-dia e evitar sobrecarregar os familiares. Além disso, permite alguma monitorização da saúde, proporcionando acesso a indicadores para a sua idade e desta forma, controlar o estado físico e psicológico em geral. Existem novos aparelhos domésticos que possibilitam, por um lado, acções autónomas, como o micro-ondas ou a cadeira elevatória nas escadas, e por outro, actividades de entretenimento, como o DVD. Pode, assim, diminuir-se o isolamento causado por uma doença incapacitante ou promover-se uma melhoria na qualidade de vida. Há quem aplique o termo gerontotecnologia para sublinhar que compensa e enriquece o quotidiano das pessoas idosas.
- Utilizar os serviços de cuidados de saúde – obter informações sobre as condições dos serviços, instituições e possíveis cuidadores formais, o que permite que se exerça o direito de optar, tomar decisões e agir em relação a si e aos que lhe são próximos. Este aspecto abrange também estabelecer uma comunicação efectiva e relações significativas com prováveis futuros cuidadores formais.
- Desenvolver a capacidade de adaptação à mudança - maximizar recursos para compensar as mudanças devido a doenças ou incapacidades, seja em termos físicos, psicológicos, sociais ou ambientais. A segurança financeira é um factor importante, dado que o indivíduo terá mais meios para fazer face às alterações. Contudo, a aprendizagem de novas estratégias para lidar com as elas é essencial. Por exemplo, a manutenção da resiliência do eu (self) deve ser fomentada, sem perder a sua identidade, de modo a englobar as alterações de vida que vão tendo lugar.

- Investir no desenvolvimento pessoal – frequentar programas ou acções educativas, *workshops*, cursos livres, integrar grupos com interesses semelhantes pode proporcionar um melhor funcionamento cognitivo, melhor percepção de autocontrolo, auto-eficácia e melhoria na saúde. Não só pelos conhecimentos que se adquirem e pela valorização pessoal, mas também pelas interacções que se estabelecem com outros.
- Melhorar a aparência física – vestir-se com apuro, cuidar da pele e do cabelo com recurso ou não a produtos de cosmética. É uma das estratégias que promovem um envelhecimento bem sucedido, dado que a transmissão de uma imagem cuidada é uma forma de valorização pessoal e um facilitador na interacção social. Se for imperativo para o bem-estar, pode procurar-se ajuda médica para eventuais correcções estéticas.
- Procurar aconselhamento individual ou em grupo – aconselhar-se junto de especialistas de saúde mental, física ou da área do *coaching*. Seja no caso de ter alguma fragilidade impeditiva de uma vida normal ou para promover e consolidar um estilo de vida saudável.
- Promover o crescimento espiritual – poderá ou não incluir a vertente religiosa. A espiritualidade que aqui se retrata caracteriza-se por um apoio importante para o indivíduo continuar motivado e envolvido na comunidade. A presença desta dimensão permite, à partida, aumentar a qualidade e satisfação com a vida, estreitamente relacionadas com um envelhecimento bem sucedido. Trata-se de um apoio para lidar com a doença, incapacidade ou perda, com mudanças de vida, ou seja, manter um estilo de vida saudável adaptado à sua condição física. Podem utilizar-se vários meios como a meditação, integração num grupo de reflexão, leitura de livros espirituais, de auto-ajuda, sobre relações interpessoais e intrapessoais. Quando a preocupação do indivíduo reside na procura da sua contribuição para as gerações futuras, deixando o seu legado, denomina-se por 'gerotranscendência' (Tornstam, 1989).

Sabe-se que a experiência de envelhecer pode ser penosa e negativa e é muito frequente a adopção de estratégias de enfrentamento como a acomodação, a negação e o distanciamento. Contudo, para se manter uma boa qualidade de vida na velhice, sejam quais forem as tomadas de decisão e adaptações, o indivíduo deve assumir uma postura pró-activa e, em contraposição ao velhismo,

procurar desenvolver competências individuais de adaptação (Kahana, Kahana, & Kercher, 2003; Ferrario et al., 2008). De uma forma geral, as pessoas idosas manifestam duas estratégias distintas para lidar com o velhismo (Minichiello, Browne, & Kendig, 2000): a de velhismo benevolente e a de negociação de novas imagens do envelhecimento e da velhice.

O *velhismo benevolente* implica a aceitação da inevitabilidade do velhismo na sociedade e que as pessoas idosas pouco ou nada podem fazer para reverter as imagens negativas (Minichiello, Browne, & Kendig, 2000). Neste sentido, quando se sentem tratadas como velhas ou indesejadas, tendem a adoptar um comportamento específico ou a afastar-se: se atendidas de forma antipática nas lojas têm a tendência a ignorar essa atitude ou a não voltar ao local, assim como a deixar de realizar determinadas actividades quando o acesso a elas lhes é dificultado. Aprendem a lidar com essas situações, procurando viver sem grandes contendas, ajustando-se às circunstâncias do dia-a-dia. Essa aceitação do velhismo pode implicar tanto a antevisão de eventuais problemas e tentativa de os delimitar ou evitar (controlo ilusório) como a identificação de situações que possam manipular em seu benefício (controlo interpretativo) (Ng, 1998). Referidos aos dois casos, apresentam-se os seguintes exemplos: uma pessoa idosa que já tenha sido abordada por estranhos em situações suspeitas tende a adoptar novas estratégias de rotina, de forma a evitar falar com desconhecidos ou sair de casa com tanta frequência; uma pessoa idosa que afigure uma parca reforma, tende a ir viver para um lar de idosos mais barato ou a adoptar um estilo de vida mais económico.

A *negociação de novas imagens do envelhecimento* coloca a ênfase na prevenção de possíveis atitudes negativas para com as pessoas idosas (Minichiello, Browne, & Kendig, 2000). Estas desenvolvem estratégias para que o velhismo tenha o menor impacto possível na sua vida e fazem questão de se diferenciar dos estereótipos e imagens negativos. Isso implica negociar consigo mesmas uma nova imagem do envelhecimento e da velhice, assim como levar os outros a reflectir sobre a incongruência desses estereótipos e imagens em contraposição com as pessoas idosas reais. Apesar de ser inevitável a mudança física, consideram que se pode escolher a forma como se vive o passar dos anos, programar alguns acontecimentos para determinada altura e o que fazer para promover um bom envelhecimento. Por exemplo, encarar como infundadas certas suposições negativas generalizadas sobre o que é ser pessoa idosa, tentar informar os outros em que consiste um envelhecimento bem sucedido, acreditar e defender que as pessoas idosas podem continuar a ser produtivas dentro de um bom nível de



exigência. Esta estratégia passa por manter desafios intelectuais e sensoriais e uma boa condição física e adoptar uma alimentação equilibrada.

### **2.1.2. Estratégias de âmbito público e social**

Em termos estruturais e organizacionais da sociedade, a existência de meios e oportunidades são cruciais para a promoção de um envelhecimento bem sucedido. Sabe-se que as imagens e estereótipos têm grande impacto nas várias dimensões e áreas da vida dos indivíduos e, em particular, da pessoa idosa, tais como no mercado de trabalho, sistema de saúde, sistema educativo ou acção social. Políticas sociais, educativas e de saúde podem ser adoptadas no sentido da prevenção e intervenção precoce, traduzidas em campanhas de promoção de estilos de vida saudáveis, educação informal, educação formal, investigação académica, políticas de acção social, políticas profissionais, políticas empresariais, políticas ambientais (Baltes & Baltes, 1993; Friedrich, 2003; McGinnis, Williams-Russo, & Knickman, 2002; Ponzio, 1992).

- Prevenção e intervenção precoce – criar estruturas ou serviços que permitam otimizar a ‘boa’ saúde e detectar e assegurar o tratamento de doenças ou incapacidades dos indivíduos. Apresenta-se como exemplo a criação de equipas em Centros de Saúde ou na Segurança Social, com o intuito de dar formação sobre o envelhecimento bem sucedido aos pais e às crianças desde a mais tenra idade. Estas estratégias incidirão nas áreas mais propensas à vulnerabilidade, como é o caso de famílias disfuncionais, adolescentes com problemas de comportamento, pessoas idosas isoladas.
- Campanhas de promoção de estilos de vida saudáveis – lançar campanhas de vacinação, antitabágicas e de fomento da actividade física. Podem aqui incluir-se, também, programas televisivos sobre o envelhecimento, abordando as diferentes vertentes para o sucesso, tais como exercício e nutrição, intimidade e sexualidade, criatividade.
- Educação informal – criar linhas informais de actuação a nível individual e comunitário. O estigma social em relação à velhice e ao envelhecimento, com os mitos que lhe estão associados, mantém-se. Para contrariar e incrementar o mais precocemente possível o envelhecimento bem sucedido devem ser levadas a bom termo para todos os públicos-alvo campanhas públicas, actividades educativas informais (*workshops*, cursos livres, palestras), programas de intervenção de saúde física e mental ao

nível das Juntas de Freguesia, Câmaras Municipais ou de âmbito nacional. No trabalho com pessoas idosas, em termos físicos, mentais ou sociais, o foco deve estar direccionado para a aquisição de conhecimento e sua aplicação no quotidiano. Deve procurar-se fortalecer a plasticidade das capacidades para que o envelhecimento bem sucedido seja viável. De ressaltar que, dada a heterogeneidade dos indivíduos e a diversidade no envelhecimento, é importante evitar soluções simples. A elaboração dos programas de intervenção deve considerar a especificidade de cada interveniente.

- Educação formal – incluir temas relativos ao envelhecimento bem sucedido e sua promoção nos currículos escolares, desde o ensino pré-escolar ao superior. Fomentar encontros intergeracionais para se trabalhar um tema específico, planear actividades para as várias fases da vida, visualizar documentários ou filmes. Vários estudos sugerem que o contacto com pessoas idosas aumenta as atitudes positivas das crianças e adolescentes em relação à velhice e ao envelhecimento (Cohen et al., 2004; Ferrario et al., 2008; McGuire, Klein, & Couper, 2005; Meshel & McGlynn, 2004; O'Hanlon & Brookover, 2002; O'Hanlon, Camp, & Osofsky, 1993). Todavia, há que ter alguns cuidados com a natureza dessa proximidade: não se deve insistir tanto na quantidade, mas na sua qualidade. O número de contactos não assume particular relevância se essa troca não tiver um significado efectivo para os diferentes elementos. Constatase que quando os contactos com as pessoas idosas e suas histórias de vida têm sentido para os mais jovens, não só alguns alunos do ensino secundário consideram a escolha de uma profissão que lide com a velhice, como muitos deles começam a reflectir sobre o seu próprio envelhecimento. Também professores e profissionais que trabalham com pessoas idosas possuem muitas vezes imagens e estereótipos negativos, ideias erróneas quanto ao envelhecimento e inconscientemente passam-nas para os alunos ou utentes. Assim, o contacto directo com a população idosa conduz a resultados semelhantes aos obtidos junto das crianças e adolescentes: tende a ocorrer uma mudança na natureza das imagens e estereótipos em relação à velhice e a aumentar significativamente as atitudes positivas.
- Investigação académica – assegurar que é feita sem se basear em hipóteses velhistas e que os resultados são aplicados na intervenção junto das várias populações-alvo, quer no âmbito da genética, meio social, meio

ambiente, comportamento ou dos cuidados médicos (McGinnis, Williams-Russo, & Knickman, 2002).

Sabe-se que a nossa predisposição para a saúde ou doença é, em parte, definida no momento da concepção. O legado genético influencia aquilo que o indivíduo será ao longo da vida e, em certas circunstâncias, pode fazer despoletar mudanças no organismo, como é o caso da obesidade. A condição de saúde ou doença é, no entanto, também determinada em parte pela educação, profissão, salário auferido, habitação e coesão social. Além disso, os ambientes que se frequentam, como a habitação ou o local de trabalho, também a influenciam. Agentes tóxicos, componentes químicos ou micróbios podem causar alergias, doenças de pele, doenças respiratórias ou cancro. No que respeita ao comportamento humano, as escolhas diárias relativas à alimentação, actividade física, actividade sexual, vícios e estratégias de enfrentamento são determinantes na condição de saúde. Atribui-se cerca de 5 anos à melhoria dos cuidados de saúde e medicação no aumento de 30 anos na esperança média de vida da população dos países desenvolvidos. A promoção do envelhecimento bem sucedido passa pela investigação nestes domínios: a predisposição genética expressa-se em função do meio ambiente ou dos padrões de comportamento ou ambos. A natureza e consequência das escolhas dos indivíduos afectam as suas circunstâncias sociais.

- Políticas de acção social – firmar convénios e trabalho cooperativo entre diversas instituições de saúde e sociais que possam promover programas para um envelhecimento bem sucedido junto da população. Estes programas podem incidir na detecção precoce e tratamento da depressão ou doenças mentais; no treino da força e da actividade aeróbica regular; no treino cognitivo e de actividades mentais; na redução do stresse; nos cuidados nutricionais (dieta equilibrada e restrição calórica); na redução ou eliminação de hábitos e estilos de vida não saudáveis (deixar de fumar e beber); na eliminação de imagens e estereótipos negativos sobre a velhice e o envelhecimento (Deep, Vahia, & Jeste, 2007).
- Políticas profissionais – reforçar o papel dos grupos profissionais que se destacam na promoção para a saúde e, em consequência, para o envelhecimento bem sucedido (profissionais de saúde, educação e apoio social). No âmbito das suas actividades laborais, esse papel pode ser

direccionado no sentido de uma educação para a saúde, dirigida a todas as faixas etárias (população em geral).

- Políticas empresariais – desincentivar a comercialização de substâncias e produtos que prejudicam a saúde ou incitam à adopção de padrões de comportamento nocivos, com vista à sua redução. É o caso da comercialização de *fast food* ou venda de álcool em zonas recreativas. Recentemente, foi proibida a venda de tabaco a menores de 18 anos, incluindo através de meios automáticos. Pode-se ainda instituir incentivos económicos para negócios que indirectamente promovam estilos de vida saudáveis e logo a existência de um envelhecimento bem sucedido.
- Políticas ambientais – desenvolver espaços para actividades de recreio, exercício ou convívio entre os indivíduos. Sabe-se que a sua prática influencia o bem-estar (actividade física e cognitiva, interacção social, sentimento de pertença a uma comunidade), o que contribui para um envelhecimento bem sucedido. Uma medida implementada pelo governo português com vista à anulação da exposição involuntária ao fumo do tabaco, foi a proibição de fumar em estabelecimentos públicos e em estabelecimentos de lazer e recreativos com uma área inferior a 100m<sup>2</sup>.

Estas estratégias públicas e sociais devem também ter em conta a modificação das relações multigeracionais e da interacção social, que por sua vez, andam de par com a discriminação baseada na idade, ou seja, o idadismo (velhismo) (Ng, 1998). O impacto das imagens negativas velhistas nas várias dimensões da pessoa idosa faz-se sentir na própria elaboração dos programas e estratégias de promoção de envelhecimento bem sucedido. Essa intervenção repercute-se no quotidiano dos indivíduos, a nível das relações interpessoais, auto percepção, sentimento de pertença e inserção na comunidade. Há que elaborar estratégias de forma diferenciada e adequada aos contextos e especificidades dos indivíduos do público-alvo e também desenhá-las isentas de concepções pessimistas ou optimistas sobre aquilo que é o envelhecimento bem sucedido. Veja-se a possível influência que o velhismo tem na promoção de um envelhecimento bem sucedido.

#### **2.1.3. Influência do velhismo na promoção do envelhecimento bem sucedido**

Os programas de intervenção são sustentados em termos conceptuais. No caso da promoção do envelhecimento bem sucedido, o idadismo e as variáveis

relacionadas estão sempre presentes. Uma vez que se reporta à discriminação com base na idade, cujas consequências interferem no modo como os indivíduos lidam com o envelhecimento, as estratégias de combate a essa discriminação são elaboradas a partir de um pressuposto (mais negativo ou mais positivo) sobre a velhice. Tanto se observam, subjacentes nos programas, imagens e juízos de que ser pessoa idosa é uma experiência penosa e árdua, como se cai irrealisticamente no oposto, considerar a velhice como a 'melhor' fase da vida e a total possibilidade de se alcançar a 'saúde eterna'. Por um lado tem-se a noção de decrepitude, doença e dependência; por outro, de um estado de graça, afastado das preocupações inerentes ao quotidiano (Fried et al., 1997). Adotar uma concepção pessimista ou otimista determina, deste modo, a linha de orientação dos programas de intervenção e de promoção de envelhecimento bem sucedido. Por este motivo, na elaboração dos programas há três questões fundamentais e que espelham a interpretação do que é envelhecer e um envelhecimento bem sucedido, o que irá determinar as estratégias e práticas sugeridas: (Fried et al., 1997; Ponzio, 1992): consciência, controlo e mudança.

A *consciência* relaciona-se com as imagens e os pensamentos em relação ao envelhecimento e à velhice, representando a percepção, por parte de quem programa, de como os indivíduos pensam que vão envelhecer e como vai ser o seu comportamento na velhice. Essas imagens e pensamentos irão influenciar o estilo de vida futura e determinar comportamentos a nível físico e emocional, nutricional, espiritual, financeiro, familiar e do círculo de amigos. O mesmo se aplica às atitudes e às crenças, pelo impacto directo que têm no estado de saúde e longevidade das pessoas idosas (Hummert et al., 2004; Kane, 2004; Levy et al., 2000, 2002; Ryan et al., 2004; Stein, Blanchard-Fields, & Hertzog, 2002). Também quando expostas de forma subliminar a imagens e estereótipos negativos em relação à velhice, as pessoas idosas manifestam piores desempenhos da memória, redução do sentido da auto-eficácia e autocontrolo, e aumento da inactividade e passividade social, produzindo julgamentos mais negativos em relação a outras pessoas idosas (essa influência negativa no estado de saúde das pessoas idosas ocorre mesmo sem terem essa consciência) (Lupien & Wan, 2004). Estudos realizados por Levy et al. (2000, 2002) indicam também que as atitudes negativas aumentam a probabilidade de problemas cardiovasculares em situação de stresse. As estratégias e práticas sugeridas nos programas de intervenção basear-se-ão nessa concepção e variáveis associadas.

A investigação sugere que as atitudes positivas fomentam o reequilíbrio dos níveis de base e uma boa autopercepção, o que influi na longevidade. A existência de um elevado nível de bem-estar e uma visão positiva do envelhecimento influenciam os efeitos da passagem do tempo no organismo (Levy et al., 2000, 2002; Lupien & Wan, 2004). Estudos realizados neste âmbito indicam também que as atitudes positivas exercem uma forte influência no desempenho das pessoas idosas, na sua capacidade de memorização, no seu *locus* de controlo interno e na sua satisfação com a vida (Levy, 1996; Linn & Hunter, 1979; Palmore & Luikart, 1972, citados em Lupien & Wan, 2004). Verifica-se, portanto, que há uma relação bidireccional, onde ambos se sustentam (imagens, estereótipos, atitudes versus condição de saúde), com repercussões na capacidade de memorização, longevidade, saúde, bem-estar, satisfação com a vida, desejo de viver e noutras funções fisiológicas e psicológicas. As atitudes positivas e negativas exercem assim influência nas condições fisiológicas do indivíduo, que por sua vez se reflectem no estado de saúde do seu portador. Ou seja, as próprias crenças negativas ou positivas existentes no indivíduo ditam os valores normais médios de uma faixa etária. Por isso, alguns autores aconselham, por exemplo, que os programas de promoção de um envelhecimento bem sucedido ao nível da saúde cardiovascular devam incluir o fomento de atitudes positivas perante o envelhecimento (Levy et al., 2000, 2002; Lupien & Wan, 2004).

A segunda questão fundamental na composição dos programas é o *controlo*. Os indivíduos, quando tomam consciência da influência dessas imagens e pensamentos no próprio processo envelhecimento, ficam com a sensação de um maior controlo sobre o seu comportamento e dimensões de vida. Tal percepção de controlo é essencial, no entender de Rowe e Kahn (1987), dado que o seu oposto (ausência de controlo) possui efeitos adversos no estado emocional, no desempenho, no bem-estar subjectivo e nos indicadores fisiológicos dos indivíduos ao longo da vida. Neste sentido, com vista a vivenciar um envelhecimento bem sucedido, os indivíduos podem optar por adoptar um estilo de vida que vá ao encontro do que pretendem no futuro, experimentando uma percepção de controlo.

Por fim, a terceira questão reporta-se às diversas *mudanças* que o processo de envelhecimento envolve. Há que saber lidar com essas condições inevitáveis, o que passa pelo desenvolvimento de estratégias de ajuda e auto-ajuda apropriados.

Como estão estes três aspectos relacionados, na prática, com uma concepção pessimista ou optimista dos programas de intervenção? Como é que as imagens e

estereótipos da velhice determinam as estratégias de promoção do envelhecimento bem sucedido? Passe-se a analisar esses três aspectos à luz de uma perspectiva irrealisticamente pessimista ou irrealisticamente optimista sobre o envelhecimento que, por consequência, vão balizar o conceito de envelhecimento bem sucedido.

Considere-se como normal que as pessoas idosas são todas iguais (uma das imagens negativas mais comuns) (consciência). Nesta linha de raciocínio, as estratégias para um envelhecimento bem sucedido serão delineadas tendo em conta esta homogeneidade. Ir-se-ão treinar certas capacidades, mas partindo do pressuposto de que, por mais que se desenvolvam individualmente, terão um percurso idêntico nos diferentes indivíduos. Ou então, partir-se-á do princípio de que uma mesma estratégia indiferenciada servirá para todos de igual modo. Uma outra imagem, negativa, de que as pessoas idosas física e mentalmente não são tão produtivas a trabalhar, leva a que não se perspetive um desenvolvimento óptimo da plasticidade e que se fique pelo básico em termos de actividade.

Por outro lado, no campo da visão irrealisticamente optimista, os resultados poderão ser igualmente erróneos. Partindo-se do princípio de que todas as pessoas idosas são serenas (uma das imagens positivas mais comuns), é-se confrontado com situações que contrariam esta ideia. Ou então que, posto que o conceito de envelhecimento bem sucedido implica comer correctamente para que não se desenvolvam doenças ou incapacidades, se se adoptar uma alimentação saudável e regrada poucas doenças surgirão. Assim, as estratégias serão elaboradas no sentido de controlar o processo de envelhecimento na totalidade (controlo), incluindo factores onde tal não é possível. O papel do controlo é levado, assim, ao seu limite.

Nesta sequência, surge a terceira questão comum aos dois tipos de intervenções, a da mudança. Esta é uma constante na vida dos indivíduos, seja no seu organismo, vida familiar, profissional ou social, pelo que se torna importante distinguir os aspectos mutáveis dos inevitáveis relativos ao processo de envelhecimento. Saber lidar com as transformações não controláveis passa por uma aprendizagem que os programas deverão levar em conta ao elaborar as suas estratégias. Não o fazer, leva a que acabem por não obter os resultados que se propunham, com prejuízos evidentes para todos, com desperdício de recursos.

Ambas as perspectivas, tanto a pessimista como a optimista, são velhistas, pois baseiam-se na discriminação pela idade. Não há lugar para a variedade, para as

diferenças intraindividuais na mesma faixa etária. As estratégias de promoção do envelhecimento bem sucedido focalizadas na homogeneidade do declínio ou no nível de exigência máxima, podem resultar numa fonte de inadaptação, angústia e sentido de fracasso para os indivíduos. As primeiras desenvolvem as capacidades somente a um nível básico, comum a todos, enquanto as segundas enfatizam a vitalidade em detrimento do que é normal e possível. Como consequência, os indivíduos adoptarão comportamentos e atitudes desadequados. Minichiello, Browne, & Kendig (2000) chamam a atenção para o facto de a autopercepção as pessoas idosas divergir da percepção que os outros têm delas, e que as palavras geralmente utilizadas para retratar as pessoas idosas não são as mesmas que as próprios usam para se caracterizar. Daí advém, por vezes, a desadequação das estratégias. Deste modo, deverá existir a preocupação de atingir um equilíbrio, ou seja, a elaboração de programas de envelhecimento bem sucedido deve ter por base características reais do processo de envelhecimento e dos factores que o influenciam. Para além disso, há ainda uma outra questão: a complexidade da esfera de intervenção dos programas.

#### **2.1.4. Âmbito dos programas de promoção do envelhecimento bem sucedido**

O âmbito dos diversos programas de promoção para um envelhecimento bem sucedido é distinto, constatando-se diferenças evidentes entre eles conforme os objectivos. São vários os factores que determinam a condição do indivíduo, pelo que cada programa de intervenção acaba por ser mais direccionado a uma área específica. Os programas com estratégias correctivas (ou atenuadoras) na área da saúde, por exemplo, focalizam-se num sintoma ou manifestação de doença, mas aqueles que se destinam à prevenção já se direccionam a todos os indivíduos, procurando retardar ou evitar a causa dessas doenças (McGinnis, Williams-Russo, & Knickman, 2002). O tratamento do cancro da mama, por exemplo, implica o seu estado de evolução e o historial da família; na prevenção há a considerar o campo da predisposição genética, dieta alimentar, actividade física, acesso a cuidados de saúde e condições sociais. Assim, os programas, acabam por trabalhar um ou alguns dos vários elementos, que se dividem pelas três áreas de intervenção para um envelhecimento bem sucedido (Bode et al., 2007; Crowther et al., 2002; Friedrich, 2003; McConnell, 2000; Parker et al., 2002):

- Domínio biológico – nutrição, artrite, osteoporose, doenças cardiovasculares, sexualidade, doenças pulmonares, fracturas, medicação, doença e incapacidades, por exemplo;



- Domínio psicológico – demências, stresse, ansiedade, medicação, bem-estar, abuso de substâncias, auto-estima, relações pessoais, espiritualidade, criatividade, depressão, morte, estratégias de enfrentamento, luto, por exemplo;
- Domínio social – habitação, família, riscos sociais, trabalho, religião, reforma, voluntariado, segurança, cuidadores informais, apoio social, abuso nas pessoas idosas, questões legais e financeiras, por exemplo.

Tendo consideração estas três áreas de intervenção para um envelhecimento bem sucedido, veja-se, de forma muito breve, alguns dos programas desenvolvidos em Portugal, Espanha, Itália, Brasil, Estados Unidos da América, Canadá, Austrália e Japão:

- Apoio social e financeiro – (i) “Avós em Movimento” - Programa de Apoio Integrado a Idosos, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (Portugal); (ii) “Humanizar +” - Programa de Apoio Integrado a Idosos, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (Portugal); (iii) “Programa Complemento Solidário para Idosos” – Ministérios das Finanças e da Administração Pública e do Trabalho e da Solidariedade Social (Portugal); (iv) “Programa de Conforto Habitacional para Idosos” - Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (Portugal); (v) “Vá de Férias Descansado” – Empresa *Home Instead Senior Care* (serviços personalizados de apoio domiciliário não clínico a pessoas idosas e dependentes) (Portugal).
- Artrite – (i) “*People with Arthritis Can Exercise (PACE)*”; (ii) “*Tai Chi from the Arthritis Foundation*”; “*Arthritis Self-Help Course (ASHC)*” – ambos no *National Arthritis Foundation* (EUA).
- Cancro – (i) “*Tailored Telephone Counseling (TTC) Breast Cancer Screening Promotion*”; (ii) “*Community-Based Interventions*”; (iii) “*Cervical Cancer Screening Promotion Community-Based Interventions*”; (iv) “*Diet/Nutrition Community-Based Social Support Interventions*”; (v) “*Physical Activity Health Enhancement Programs*” – todos no *Department of Health and Human Services of National Institutes of Health* (EUA).
- Depressão – (i) “*Healthy IDEAS for a Better Life*” - *Center for Healthy Aging, National Council on Aging* (EUA); (ii) “*Strategies for Cognitive Vitality: Live*

*Well, Live Long"* - American Society on Aging and the Centers for Disease Control and Prevention (EUA).

- Diabetes – (i) *"Small Steps, Big Rewards: Health Care Provider's Toolkit"* - National Diabetes Education Program, National Institutes of Health and Center for Disease Control and Prevention (EUA); (ii) *"Lift for Life"* - International Diabetes Institute (Austrália).
- Doenças cardiovasculares – (i) *"De Corazón a Corazón: Faith-Based Program For Heart Health and Stroke Prevention"* - American Heart Association (EUA); (ii) *"Your Heart, Your Health"* - National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health (EUA); (iii) *"Programa de Reabilitação Cardíaca"* (intervenção integrada para homens com doença cardíaca diagnosticada de baixo a moderado risco clínico) - Unidade de Exercício e Saúde da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa (Portugal).
- Doenças crónicas – (i) *"Chronic Disease Self Management Course"* - Stanford University (EUA); (ii) *"MD LINK: Partnering Physicians with Community Organizations: A Toolkit for Physician Champions"* - Center for Healthy Aging, National, Council on Aging (EUA).
- Equilíbrio e mobilidade – (i) *"Center for Successful Aging"* - Division of Kinesiology and Health Promotion of Cal State University (EUA).
- Exercício, força, nutrição e sua relação com a saúde física – (i) *"Personal Actions to Health (PATH)"* - University of Kansas, Lawrence Memorial Hospital (EUA); (ii) *"Programa PESSOA (Promoção do Exercício e Saúde no Sedentarismo Obesidade e Anorexia)"* - Unidade de Exercício e Saúde da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa (Portugal); (iii) *"Swimming training for middle-aged and older women"* - Foundation for Comprehensive Research on Aging and Health (Japão).
- Factores de risco, doenças e incapacidades – (i) *"Center for Continuing Health"* - Hahnemann University (EUA).
- Nutrição e boa forma – (i) *"MacSeniors Exercise Program"* - McMaster University (Canadá); (ii) *"Exercise and Nutrition Adult Fitness Program"* - Center for Physical Activity and Aging at Wichita State University (EUA); (ii) *"Healthy Generation WellCare"* - Morning Assisted Living Community (EUA); (iii) *"Mature Adult Strength-Training Program"* - Western Washington University

- (EUA); (iv) *"Center for Successful Aging" - Division of Kinesiology and Health Promotion of Cal State University* (EUA); (v) *"SAGE, Successful Aging and Exercise for Older Adults Program" - St. James Place Continuing Care Retirement Community* (EUA); (vi) *"Programa Obesidad: Prevención y Tratamiento" - Fundación Universitaria Iberoamericana (FUNIBER), Instituto PIAGET (Espanha); (vii) "Programa PESO (Promoção do Exercício e Saúde na Obesidade)" - Unidade de Exercício e Saúde da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa (Portugal); (viii) "Essere in buona salute" - Center for Research in Bioengineering and Motor Science of University of Trento (Itália).*
- Osteoporose – (i) *"ESTEO (promoção do exercício e saúde osteopenia ou osteoporose)" - Unidade de Exercício e Saúde da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa (Portugal); (ii) "Project Healthy Bones: Exercise and Education Program for People With/At Risk of Osteoporosis" - Department of Health and Senior Services, Regional Arthritis Centers, Saint Barnabas Health Care System* (EUA); (iii) *"Programa de Prevenção da Osteoporose" - Secretaria de Saúde do Distrito Federal de Brasília e Sociedade de Osteoporose de Brasília (Brasil).*
  - Quedas – (i) *"COACH: Community Outreach Assessment and Correction of Hazards to Prevent Falls" - Visiting Nurse Association of Mercer County* (EUA); (ii) *"FRIENDS: Fall Reduction Initiative: Establishing New Directions for Safety" - Pennsylvania Department of Aging* (EUA); (iii) *"Programa de Prevenção de Quedas no Idoso" - EQUI, Clínica da Vertigem e Desequilíbrio Lda.* (Portugal).
  - Saúde e boa forma – (i) *"Idoso Jovem" - Escola Superior de Saúde de Setúbal e Junta de Freguesia de São Sebastião de Setúbal* (Portugal); (ii) *"FAU Well Program" - Department of Exercise Science and Health Promotion of Florida Atlantic University* (EUA); (iii) *"Saúde e Prevenção nas Escolas" - Ministérios da Saúde e da Educação* (Brasil).
  - Saúde em geral – (i) *"Programa Intervenção Ambiental no Envelhecimento" - Unidade de Investigação e Formação de Adultos e Idosos do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto* (Portugal); (ii) *"Programa Integrado para um Envelhecimento Activo" - Núcleo Integrado de Estudos e Pesquisas da Terceira Idade (NIETE) da Universidade Federal da Paraíba, Sociedade de Geriatria e Gerontologia de Paraíba e Conselho*

Municipal do Idoso de João Pessoa (Brasil); (iii) "Projecto Epicuro" - Associação Portuguesa de Estudos e Intervenção em Psicologia Positiva (Portugal).

- Saúde Oral – (i) "Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO)" – Ministério da Saúde (Portugal).
- Saúde Sexual – (i) "Aprender a Prevenir (Programa de Prevenção da SIDA na Escola)" - Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde do Ministério da Educação (Portugal).
- Segurança – (i) "Idosos em segurança" - Junta de Freguesia de Cascais, Divisão da Polícia de Segurança Pública de Cascais (Portugal); (ii) "Idosos em segurança" - Junta de Freguesia de Santa Engrácia, Câmara Municipal de Lisboa (Portugal).
- Treino de força muscular e resistência física – (i) "Programa complementar de treino na força muscular de idosos" - Faculdade de Ciências de Desporto e de Educação Física Universidade do Porto (Portugal); (ii) "*Living Independently through Fitness and Exercise (LIFE)*" - Department of Wellness and Recreation of University of Miami (EUA); (iii) "*Project SSTRIVE, Seniors Strength Training to Increase Vitality and Energy*" - Arizona State University (EUA); (iv) "Programa IDOSOS (65)" - Unidade de Exercício e Saúde da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa (Portugal); (v) "Programa de Autonomia e Actividade Física (PAAP)" – Escola de Educação Física e Desporto da Universidade de São Paulo (Brasil).

Todos estes programas visam a mudança de comportamento dos indivíduos, para que o risco ou a doença já instalada diminuam com a adopção dos procedimentos aconselhados. Contudo, os seus objectivos são, por vezes, difíceis de atingir: mesmo quando se tem conhecimento dos factores de risco, os indivíduos não alteram o seu padrão de comportamento (Syme, 2003). Verifica-se também que alguns indivíduos adoptam diferentes condutas por mera decisão pontual e não por frequentarem programas específicos de promoção de envelhecimento bem sucedido (por exemplo, deixar de fumar). Apesar de o indivíduo ser o primeiro responsável pela sua qualidade de vida, a dinâmica da sociedade também exerce nele uma influência forte (Baltes & Smith, 2002). Neste sentido, aponta-se para os programas comunitários de promoção do envelhecimento bem sucedido como mais eficazes do que as estratégias individuais na prevenção precoce. Obtêm

resultados mais seguros quando trabalham para a não ocorrência de um certo padrão de comportamento, pois promovem a responsabilidade de envelhecer com qualidade, onde se destacam os múltiplos benefícios nas dimensões biológica, psicológica e social de um estilo de vida saudável. A ênfase dos programas comunitários e suas estratégias públicas e sociais é colocada na colectividade e visa a mudança ambiental, das normas, leis e valores sociais. Estes, por sua vez influenciam o comportamento individual no sentido de adoptar práticas para um envelhecimento bem sucedido.

Neste capítulo abordou-se o conceito de envelhecimento bem sucedido e a sua definição segundo os modelos biológicos, cognitivos e psicossociais e os modelos multidimensionais (com particular destaque ao Modelo Ecológico de Bem-Estar). Apresentaram-se algumas estratégias quer no âmbito individual, quer no público e social, referindo a influência do velhismo, negativo e positivo, na sua elaboração. No final, apontam-se possíveis áreas de intervenção dos programas de promoção de um envelhecimento bem sucedido.

## **Parte II – Estudo empírico**

---



## Capítulo 4 – Objectivos e metodologia de investigação

---

### **Introdução**

Este capítulo descreve os objectivos gerais e específicos deste estudo, as etapas fundamentais da construção e desenvolvimento do instrumento de recolha de dados, assim como os procedimentos utilizados para a selecção da amostra e para a recolha de dados. É, também, apresentada a caracterização da amostra.

### **1. Enquadramento do estudo e objectivos**

#### **1.1. Objectivos gerais e específicos**

A finalidade desta pesquisa é conhecer as imagens da velhice e do envelhecimento numa amostra representativa da população de Portugal continental. Neste sentido, definiram-se três objectivos gerais, organizados em diversos objectivos específicos e com as possíveis implicações.

#### **Objectivo geral 1**

Identificar imagens da velhice e do processo de envelhecimento em sujeitos com idades entre os 13 e os 87 anos.

Este objectivo geral envolve os seguintes cinco objectivos específicos:

- 1.1. Comparar as imagens do envelhecimento e da velhice em sujeitos de diferentes grupos etários em termos de género, escolaridade, freguesia de residência (rural ou urbana), situação profissional, estado civil e ter ou não filhos;
- 1.2. Comparar as imagens do envelhecimento e da velhice em sujeitos que trabalhem/tenham trabalhado com as pessoas idosas e sujeitos que nunca o fizeram;



- 1.3. Compreender os efeitos dessas imagens em pessoas idosas e na forma como vivem a sua velhice;
- 1.4. Compreender os efeitos dessas imagens em pessoas não-idosas, na forma como percebem e preparam a futura velhice;
- 1.5. Compreender os efeitos dessas imagens na interacção entre pessoas idosas e não-idosas.

## **Objectivo geral 2**

Identificar imagens relacionadas com a preparação de um envelhecimento bem sucedido em sujeitos com idades entre os 13 e os 87 anos.

Este objectivo geral envolve os seguintes quatro objectivos específicos:

- 2.1. Comparar as imagens relativas à preparação da velhice em sujeitos de diferentes grupos etários e em termos de género, escolaridade, freguesia de residência (rural ou urbana), situação profissional, estado civil e ter ou não filhos;
- 2.2. Comparar as imagens de preparação da velhice entre sujeitos que trabalhem/tenham trabalhado com pessoas idosas e sujeitos que nunca o fizeram;
- 2.3. Compreender os efeitos dessas imagens em pessoas idosas no que respeita à preparação de um envelhecimento bem sucedido;
- 2.4. Compreender os efeitos dessas imagens em pessoas não-idosas no que respeita à de um envelhecimento bem sucedido.

## **Objectivo geral 3**

Identificar e compreender a relação entre imagens da velhice e do processo de envelhecimento e as relativas à preparação de um envelhecimento bem sucedido em sujeitos com idades entre os 13 e os 87 anos.

Este objectivo geral envolve os seguintes cinco objectivos específicos:

- 3.1. Comparar as imagens do envelhecimento e da velhice e das relativas à preparação da velhice em sujeitos de diferentes grupos etários e em termos de género, escolaridade, freguesia de residência (rural ou urbana), situação profissional, estado civil e ter ou não filhos;

- 3.2. Comparar as imagens da velhice e das relativas à preparação da velhice em sujeitos que trabalhem/tenham trabalhado com pessoas idosas e sujeitos que nunca o fizeram;
- 3.3. Compreender os efeitos dessas imagens em pessoas idosas e na forma como vivem a sua velhice;
- 3.4. Compreender os efeitos dessas imagens em pessoas não-idosas, na forma como percebem e preparam a futura velhice;
- 3.5. Compreender os efeitos dessas imagens na interacção entre pessoas idosas e não-idosas.

O estudo terá como implicações a identificação de possíveis linhas de intervenção que permitam modificar as imagens da velhice e da sua preparação para a promoção um envelhecimento bem sucedido.

## **2. Metodologia**

Dada a problemática em estudo, assumiu-se a opção por um estudo de desenho de carácter transversal, descritivo-correlacional, com recurso à técnica de análise quantitativa, estabelecendo-se correlações entre variáveis sociodemográficas. Organizou-se uma amostra representativa com base no último Censur realizado na população portuguesa (INE, 2001) em relação às variáveis sociodemográficas idade, género e escolaridade. Foram também analisadas outras cinco características como o estado civil, a situação profissional, o número de filhos, se trabalha ou trabalhou com pessoas idosas e freguesia de residência urbana ou rural. Tendo em consideração essas sete características sociodemográficas, pretende-se conhecer quais as imagens do envelhecimento e da velhice, assim como as imagens da sua preparação.

No que respeita ao instrumento utilizado, numa primeira fase procedeu-se à construção de um questionário com questões abertas sobre a imagem da própria velhice e imagens da velhice (anexo 1) e imagens da preparação da velhice (anexo 2). Posteriormente, foram construídas as escalas ImAge (anexo 3) e ImPreVe (anexo 4), respondidas no mesmo momento pelos membros da amostra.

## **2.1. Construção do instrumento**

A construção do instrumento compreendeu duas etapas: a de recolha e a de construção dos itens.

### **2.1.1. Etapa 1: recolha de itens**

A recolha de itens foi iniciada em Abril de 2003 e compreendeu a recolha de itens baseada em revisões da literatura e na análise de instrumentos de medida de imagens, estereótipos, atitudes e crenças em relação à velhice e ao envelhecimento, nível nacional e internacional. Paralelamente, procedeu-se à construção de dois questionários com vista à recolha de itens para a construção de duas escalas. Os inquiridos deveriam completar frases centradas nas imagens da própria velhice, imagens da velhice em geral e imagens da preparação da velhice.

No primeiro questionário, os inquiridos deveriam completar as seguintes cinco frases: “Ser velho é...” (imagens relativas às pessoas idosas de uma forma personalizada); “A velhice é...” e “Uma pessoa velha é...” (imagens relativas às pessoas idosas de uma forma ‘despessoalizada’); “Sabemos que alguém está velho quando...” e “Associe três palavras a velhice” (imagens relativas ao processo de envelhecimento) (anexo 1). Este questionário tinha por objectivo tentar obter imagens globais da envelhecimento e da velhice.

No segundo questionário, os inquiridos deveriam completar oito frases centradas na sua própria velhice e imagens da preparação da velhice: “Para preparar a velhice devemos...; Para preparar a minha velhice eu devia...”; Uma boa velhice é...; Para preparar a minha velhice aos 15 anos devia...; Para preparar a minha velhice aos 25 anos devia...; Para preparar a minha velhice aos 35 anos devia...; Para preparar a minha velhice aos 45 anos devia...; Para preparar a minha velhice aos 55 anos devia...” (anexo 2). Este questionário tinha por objectivo tentar obter imagens globais da preparação de um envelhecimento bem sucedido.

Estes dois questionários foram administrados a 120 sujeitos, 80 (67,3%) do género feminino, com média etária de 46,3 anos (masculino, 45,2 anos; feminino, 46,8 anos) (Quadro 18). Ao nível das habilitações académicas verificou-se que 9,2% eram analfabetos; 30,8% possuíam 4 anos de escolaridade; 11,6% possuíam entre 5 a 9 anos de escolaridade; 14,2% frequentaram o ensino secundário; e 34,2% frequentaram o ensino superior. A sua administração teve lugar entre Maio e Julho de 2003, a sujeitos que frequentavam Instituições de Solidariedade Social, assim como conhecidos e

amigos (amostra de conveniência) e foi por autopreenchimento (apenas no caso de indivíduos analfabetos é que se efectuou por entrevista).

**Quadro 18 - Idades da amostra de 120 sujeitos**

Idades	15	25	35	45	55	65	75	85	Total
N	15	15	15	15	15	15	15	15	120
%	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	100

### 2.1.2. Etapa 2: construção dos itens para as duas escalas

Na segunda etapa de desenvolvimento do instrumento de recolha de dados, a partir da revisão da literatura e das respostas obtidas nos dois questionários, construíram-se itens para as futuras duas escalas (a ImAge e a ImPreVe), e integrados na medida tipo *Likert* de 5 pontos: (1) – discordo totalmente; (2) – discordo; (3) – não discordo nem concordo; (4) – concordo; (5) – concordo totalmente).

A escala ImAge, inicialmente composta por 146 itens, e a escala ImPreVe por 86 itens, foram depuradas em duas etapas. Numa primeira, foram administradas a uma amostra por conveniência de 154 sujeitos, de forma a se analisar se os itens eram compreensíveis ou se havia alguma questão repetida ou confusa, em Janeiro de 2004. Os sujeitos foram alunos do 1º ano dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Radiologia, Gerontologia e Terapia da Fala da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, no ano lectivo 2003/2004. Nesta etapa eliminaram-se ou agregaram-se alguns itens, resultando em 86 itens na escala ImAge e de 47 itens na escala ImPreVe.

Na segunda etapa na depuração dos itens, foi solicitado a uma amostra de 160 sujeitos que preenchessem ambas as escalas (Quadro 19). Esta amostra não era representativa da população portuguesa, mas foi construída de modo a apresentar uma estrutura idêntica à distribuição da população portuguesa, tanto para cada faixa etária como para o género, as habilitações académicas e o local de residência rural/urbano. Para este efeito foram analisados os dados do Census de 2001, realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), relativos à distribuição da população pelas variáveis indicadas, assim como através da tabela de Riles (1979). A sua administração processou-se de Fevereiro a Maio de 2004 a sujeitos que frequentavam as seguintes instituições: Escola Básica do 2º e 3º Ciclo Padre António Morais da Fonseca (Murtosa), Escola Secundária com 3º CEB Dr. Mário Sacramento (Aveiro), Escola Secundária com 3º CEB de Estarreja, Agrupamento de Escolas de Ílhavo, Fundação CESDA (Centro Social do Distrito de Aveiro), Centro Social e Paroquial de Santa Joana (Aveiro), Centro

Paroquial e Social de S. Bernardo (Aveiro), Divisão de Habitação Social da Câmara Municipal de Aveiro.

**Quadro 19 - Organização da amostra de 160 sujeitos**

Idades	Total	Género				Escolaridade			
		Masculino		Feminino		1	2	3	4
		Rural	Urbano	Rural	Urbano				
15	20	5	5	5	5	-	15	5	-
25	20	5	5	5	5	5	5	5	5
35	20	5	5	5	5	5	5	5	5
45	20	5	5	5	5	5	5	5	5
55	20	5	5	5	5	10	5	5	-
65	20	5	5	5	5	10	5	5	-
75	20	4	4	6	6	10	5	5	-
85	20	4	4	6	6	15	5	-	-
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>38</b>	<b>38</b>	<b>42</b>	<b>42</b>	<b>60</b>	<b>50</b>	<b>35</b>	<b>15</b>

Escolaridade: 1. Não sabe ler nem escrever e 1º CEB (ou equivalente); 2º CEB e 3º CEB (ou equivalente); ensino secundário (ou equivalente); ensino superior.

Esta amostra era constituída por 80 sujeitos do género feminino (52,5%), com média etária 49,8 anos (masculino, 46 anos; feminino, 54 anos). Ao nível das habilitações académicas, 37,5% não sabiam ler nem escrever ou possuíam o 1º CEB (ou equivalente), 31,3% possuíam 4 anos de escolaridade; 21,9% frequentaram o ensino secundário; e 9,4% frequentaram o ensino superior. Quanto à freguesia de residência 50% dos inquiridos viviam numa zona urbana e 50% numa zona rural (em ambas, 23,8% do género masculino e 26,3% do género feminino).

Destes inquiridos, verificou-se ainda que, quanto à situação profissional, 4,4% eram desempregados, 40% empregados, 39,4% reformados, 12,5% estudantes e 3,8% eram domésticas. Quanto ao estado civil, 28,1% eram solteiro, 56,3% eram casados, 2,5% divorciados e 13,1% viúvos. Já no que concerne ao trabalho com pessoas idosas, 35,6% nunca o fez, enquanto que 64,4% trabalha ou trabalhou com pessoas idosas (Sousa & Cerqueira, 2004, 2005, 2006; Sousa, Cerqueira, & Galante, 2004, 2008).

Nesta última etapa, os dados tanto a escala ImAge como da escala ImPreVe foram sujeitos a análises em componentes principais destinadas a testar a sua dimensionalização. Este processo conduziu a remoção de uma quantidade substancial de itens, resultando em 32 itens na escala ImAge e 26 itens na escala ImPreVe.

## 2.2. Estudos de validação das escalas

Para estudar a validação da escala ImAge e da escala ImpreVe, o passo seguinte foi o estudo psicométrico de ambas as escalas a partir dos dados obtidos da amostra deste estudo.

### 2.2.1. Estudo psicométrico da escala ImAge

O estudo psicométrico da escala ImAge foi realizado através da Análise em Componentes Principais (Rotação Varimax com Kaiser Normalization) (Sousa, Cerqueira, & Galante, 2004, 2008). Devido à baixa correlação, inexistente saturação ou saturação em várias componentes, dos 32 itens eliminaram-se os seguintes: (1) - Uma pessoa velha não cuida do seu aspecto físico; (2) - A velhice pode ser boa ou má, dependendo dos que nos rodeiam (amigos, família); (5) - Uma pessoa velha tem menos responsabilidades e obrigações; (7) - Uma pessoa velha sente muitas dores físicas; (13) - A velhice é uma segunda infância; (14) - Uma pessoa velha não reconhece que precisa de ajuda; e (30) - Uma pessoa velha é dependente e por isso precisa da ajuda dos outros (anexo 3).

Seleccionou-se uma construção factorial de 3 componentes, a que melhor se ajustava aos dados em análise que explicam 40,342 da variância total acumulada (Quadro 20).

**Quadro 20 - Factores, valores próprios e variância da escala ImAge**

Factores	Valores próprios	Variância %	Variância acumulada %
1	5,988	23,952	23,952
2	2,387	9,549	33,501
3	1,710	6,841	40,342

Analisou-se a relação de cada item a cada factor (Quadro 21), resultando na seguinte interpretação:

- Factor 1 – *Incompetência relacional e cognitiva* (itens 3, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 20, 25 e 31). Este factor reflecte a ideia de que uma pessoa velha é aborrecida, rabugenta, teimosa, triste, amargurada e que já não sente as emoções como antes, o que compromete a interacção com os outros. Também o facto de os inquiridos considerarem que as pessoas velhas são todas iguais, não admitem os seus erros, têm um discurso incoerente, são egoístas, pouco criativas, paradas, preguiçosas, inúteis e que os seus

conhecimentos já não têm interesse para os mais novos, traduz a concepção de que a pessoa velha é inábil em termos cognitivos. A ideia de pobreza e de doença conduz à existência de condições externas que limitam recursos e capacidades na interacção com os outros.

- Factor 2 – *Dependência física e emocional e antiquado* (itens 4, 6, 18, 19, 21, 22, 23). Este factor espelha a ideia da necessidade de mais repouso, atenção e paciência por parte dos outros. Associa o aumento da solidão, o surgimento da deterioração física e de doenças, e a proximidade da morte a uma fase difícil da vida. Reflecte a crença de que uma pessoa velha é antiquada, pois vive imersa no passado, que não acompanhou a evolução social ao não dominar as novas tecnologias e que o seu contributo teve lugar no passado. Estes itens traduzem dependência dos outros, seja porque se precisa de ajuda em termos de saúde ou emocionais, seja em termos de utilização das ferramentas da actual sociedade, à qual não houve uma adaptação.
- Factor 3 – *Maturidade relacional e cognitiva* (itens 24, 26, 27, 28, 29, 32). Este factor reflecte a ideia de uma fase da vida em que se ganhou maturidade, se sabe aproveitar os bons momentos e em que a pessoa se sente bem. Está implícita a ideia de adaptação e bem-estar, onde há lugar para a expressão dos afectos e para a concretização das actividades do dia-a-dia.

Quadro 21 - Componentes da matriz da escala ImAge

		Componentes		
		1	2	3
3	Uma pessoa velha é triste e amargurada	0,53	0,35	-0,23
4	A velhice é uma fase da vida especialmente difícil (aproximação da morte, doenças, solidão, ...)	0,20	0,62	-0,14
6	Uma pessoa velha vive das suas recordações (repete sempre as histórias do passado)	0,24	0,58	0,00
8	Uma pessoa velha geralmente é pobre	0,45	0,10	0,01
9	Uma pessoa velha tem um discurso incoerente	0,62	0,29	-0,03
10	Uma pessoa velha não admite os seus erros	0,54	0,30	0,00
11	Uma pessoa velha sente menos as emoções (alegria, tristeza, ansiedade, amor, ...)	0,61	0,12	0,07
12	Uma pessoa velha é doente (tem pouca saúde física e psicológica)	0,55	0,41	-0,08
15	Uma pessoa velha é egoísta	0,58	0,15	-0,06
16	Uma pessoa velha tem pouca criatividade	0,60	0,31	-0,02
17	As pessoas velhas são todas iguais	0,61	-0,27	-0,02
18	Uma pessoa velha não domina as novas tecnologias	0,33	0,50	-0,05
19	A velhice é a fase da deterioração das capacidades físicas	0,16	0,61	-0,09
20	Uma pessoa velha tem conhecimentos que já não interessam aos outros	0,62	0,14	-0,08
21	Uma pessoa velha precisa de muito descanso	0,13	0,57	0,10
22	Uma pessoa velha precisa que tenham paciência com ela	-0,02	0,71	0,12
23	Uma pessoa velha já deu o seu contributo (bom ou mau) ao mundo	0,32	0,45	0,01
24	Uma pessoa velha sente-se bonita	0,00	-0,07	0,53
25	Uma pessoa velha é inútil, parada e preguiçosa	0,63	0,08	-0,14
26	Uma pessoa velha tem vontade de viver	-0,10	0,09	0,57
27	A velhice é uma fase da vida especialmente boa (mais maturidade, tempo para desfrutar a alegria e a felicidade)	-0,03	-0,13	0,68
28	Uma pessoa velha é uma pessoa amorosa e carinhosa	-0,05	0,14	0,67
29	Uma pessoa velha continua a ter uma vida normal	-0,03	-0,14	0,62
31	Uma pessoa velha é aborrecida, rabugenta, teimosa	0,64	0,20	-0,09
32	Uma pessoa velha é activa e esforça-se por assim continuar	-0,04	0,08	0,61

O Quadro 22 apresenta as correlações entre os itens da escala, que são boas em geral.



**Quadro 22 – Correlações entre os itens da escala ImAge**

Itens		Correlações
3	Uma pessoa velha é triste e amargurada	0,544
4	A velhice é uma fase da vida especialmente difícil (aproximação da morte, doenças, solidão, ...)	0,472
6	Uma pessoa velha vive das suas recordações (repete sempre as histórias do passado)	0,475
8	Uma pessoa velha geralmente é pobre	0,373
9	Uma pessoa velha tem um discurso incoerente	0,596
10	Uma pessoa velha não admite os seus erros	0,524
11	Uma pessoa velha sente menos as emoções (alegria, tristeza, ansiedade, amor, ...)	0,504
12	Uma pessoa velha é doente (tem pouca saúde física e psicológica )	0,582
15	Uma pessoa velha é egoísta	0,504
16	Uma pessoa velha tem pouca criatividade	0,568
17	As pessoas velhas são todas iguais	0,359
18	Uma pessoa velha não domina as novas tecnologias	0,412
19	A velhice é a fase da deterioração das capacidades físicas	0,453
20	Uma pessoa velha tem conhecimentos que já não interessam aos outros	0,519
21	Uma pessoa velha precisa de muito descanso	0,436
22	Uma pessoa velha precisa que tenham paciência com ela	0,475
23	Uma pessoa velha já deu o seu contributo (bom ou mau) ao mundo	0,402
24	Uma pessoa velha sente-se bonita	0,354
25	Uma pessoa velha é inútil, parada e preguiçosa	0,510
26	Uma pessoa velha tem vontade de viver	0,390
27	A velhice é uma fase da vida especialmente boa (mais maturidade, tempo para desfrutar a alegria e a felicidade)	0,449
28	Uma pessoa velha é uma pessoa amorosa e carinhosa	0,460
29	Uma pessoa velha continua a ter uma vida normal	0,437
31	Uma pessoa velha é aborrecida, rabugenta, teimosa	0,565
32	Uma pessoa velha é activa e esforça-se por assim continuar	0,431

Para se analisar a consistência interna da escala, calculou-se o  $\alpha$  de Cronbach (Quadro 23). Verifica-se que os valores do  $\alpha$  para a escala global e para cada sub-escala são bons (Murteira et al., 2002).

**Quadro 23 - Consistência Interna da Escala ImAge ( $\alpha$  de Cronbach)**

Factores	$\alpha$ de Cronbach
<b>Factor 1 – Incompetência relacional e cognitiva</b>	0,835
<b>Factor 2 – Dependência física e emocional e antiquado</b>	0,727
<b>Factor 3 – Maturidade relacional e cognitiva</b>	0,689
<b><math>\alpha</math> Normalizado (total)</b>	0,814

### 2.2.2. Estudo psicométrico da escala ImPreVe

O estudo psicométrico da escala ImPreVe foi realizado através da análise em Componentes Principais (Rotação Varimax com Kaiser Normalization) (Sousa, Cerqueira, & Galante, 2004, 2008). Houve algumas alterações devido a uma baixa correlação, e dos 26 itens eliminou-se o item (10) – Não se deixar abater pelas doenças (anexo 4).

Seleccionou-se uma construção factorial de 5 componentes, a que melhor se ajustava aos dados em análise (Quadro 25). Estes cinco factores explicam 57,301% da variância total (Quadro 24).

**Quadro 24 - Factores, valores próprios e variância da escala ImPreVe**

Factores	Valores próprios	Variância %	Variância acumulada %
<b>1</b>	7,999	31,997	31,997
<b>2</b>	2,193	8,770	40,767
<b>3</b>	1,554	6,217	46,984
<b>4</b>	1,461	5,842	52,827
<b>5</b>	1,119	4,475	57,301

Analizou-se a relação de cada item com cada factor, que resultou na seguinte interpretação:

- Factor 1 – *Viver o quotidiano com gosto* (itens 15, 16, 18, 20, 23, 24, 25, 26). Este factor espelha a ideia de viver o melhor possível cada momento da vida, todos os dias, o que passa por não se isolar, preservar amizades e cuidar da saúde mental e física (mantendo o corpo activo). O tempo de descanso também é importante, para restaurar forças. Os inquiridos consideram que se deve aceitar a idade com naturalidade, encarar a velhice com realismo, o que se repercutirá na forma como se vive o quotidiano.

- Factor 2 – *Promover o bem-estar* (itens 1, 3, 4, 6, 7, 8). Este factor reflecte a ideia de o indivíduo poder prevenir possíveis problemas, pelo que deve cuidar tanto da vertente física como da emocional. O proteger o corpo de agressões, fazer uma alimentação correcta, beber muita água e não cair em excessos é considerado muito importante para um envelhecimento bem sucedido. Quanto à componente emocional consideram que é importante criar um bom ambiente familiar e estar disponível para amar os outros.
- Factor 3 – *Ocupar os tempos livres* (itens 13, 14, 17). Neste factor é destacada a importância do lazer. Ler bastante, para adquirir conhecimentos úteis, ter *hobbies* e passatempos e determinar objectivos, que dêem significado e orientação à vida.
- Factor 4 – *Ter projectos de vida* (itens 9, 19, 21, 22), como base para o bem-estar material e emocional. Tirar um curso que possibilite a obtenção e desempenho de um bom emprego (e auferir um bom salário), assim como casar e ter descendentes (que amparem a velhice).
- Factor 5 – *Ser pró-activo* (itens 2, 5, 11, 12). Espelha a ideia de vigor e interesse perante o que a vida oferece, como conhecer novas pessoas ou ir a novos lugares. Implica envolvimento e brio no que se faz, como andar bem arranjado. Os inquiridos consideram que para tal é importante o apoio da força e serenidade consentâneas com uma religião.

Quadro 25 - Componentes da matriz da escala ImPreVe

		Componentes				
		1	2	3	4	5
1	Ter cuidado com o corpo (protegê-lo de agressões, ...)	0,20	0,52	0,18	0,03	0,18
2	Andar sempre bem arranjado(a)	-0,06	0,40	0,01	0,10	0,64
3	Beber muita água	0,10	0,64	0,07	0,04	0,27
4	Não fazer 'disparates' que possam provocar ou vir a agravar problemas de saúde (dormir pouco, má alimentação, ingestão de álcool, fumar, ...)	0,24	0,62	0,04	0,06	-0,03
5	Ter uma religião que lhe dê força e serenidade	0,00	0,35	-0,26	0,34	0,50
6	Fazer uma alimentação correcta	0,42	0,69	0,08	0,06	-0,05
7	Criar um bom ambiente familiar	0,37	0,62	0,18	0,12	0,14
8	Ter tempo e disponibilidade para o amor	0,24	0,50	0,36	0,21	0,09
9	Tirar um curso (estudar)	-0,03	0,16	0,37	0,48	0,31
11	Conhecer pessoas novas	0,43	-0,05	0,33	0,00	0,68
12	Conhecer lugares novos	0,41	-0,01	0,36	-0,01	0,67
13	Ler bastante	0,19	0,14	0,53	0,11	0,42
14	Ter projectos de vida	0,18	0,08	0,74	0,24	0,01
15	Descansar o tempo que for necessário para o organismo restaurar energias	0,50	0,33	0,24	0,05	0,16
16	Não se isolar do resto das pessoas	0,57	0,28	0,28	0,00	0,02
17	Ter actividades extra-profissionais ( <i>hobbies</i> )	0,27	0,26	0,65	0,02	0,10
18	Encarar a velhice com realismo	0,53	0,35	0,30	-0,02	0,07
19	Procurar ter um bom emprego	0,04	0,14	0,50	0,55	0,08
20	Viver o melhor possível todos os dias e momentos da vida	0,62	0,26	0,12	0,05	0,20
21	Casar	0,14	0,06	0,04	0,87	0,06
22	Ter filhos	0,13	0,04	0,12	0,86	-0,01
23	Cultivar e conservar as amizades	0,70	0,13	0,03	0,20	0,22
24	Cuidar da saúde (física e mental)	0,75	0,35	0,05	0,10	-0,01
25	Manter actividades físicas	0,65	0,22	0,17	0,11	-0,01
26	Aceitar a idade com naturalidade	0,71	0,04	0,04	0,02	0,07

O

Quadro 26 apresenta as correlações entre os itens da escala, que são boas em geral.

**Quadro 26 – Correlações entre os itens da escala ImPreVe**

	Itens	Correlações
1	Ter cuidado com o corpo (protegê-lo de agressões, ...)	0,503
2	Andar sempre bem arranjado(a)	0,424
3	Beber muita água	0,497
4	Não fazer 'disparates' que possam provocar ou vir a agravar problemas de saúde (dormir pouco, má alimentação, ingestão de álcool, fumar, ...)	0,507
5	Ter uma religião que lhe dê força e serenidade	0,300
6	Fazer uma alimentação correcta	0,678
7	Crear um bom ambiente familiar	0,651
8	Ter tempo e disponibilidade para o amor	0,525
9	Tirar um curso (estudar)	0,445
11	Conhecer pessoas novas	0,524
12	Conhecer lugares novos	0,497
13	Ler bastante	0,481
14	Ter projectos de vida	0,516
15	Descansar o tempo que for necessário para o organismo restaurar energias	0,584
16	Não se isolar do resto das pessoas	0,601
17	Ter actividades extra-profissionais ( <i>hobbies</i> )	0,497
18	Encarar a velhice com realismo	0,599
19	Procurar ter um bom emprego	0,520
20	Viver o melhor possível todos os dias e momentos da vida	0,609
21	Casar	0,644
22	Ter filhos	0,643
23	Cultivar e conservar as amizades	0,610
24	Cuidar da saúde (física e mental)	0,729
25	Manter actividades físicas	0,595
26	Aceitar a idade com naturalidade	0,566

Para se analisar a consistência interna da escala, calculou-se o  $\alpha$  de Cronbach

Quadro 27). Verifica-se que os valores do  $\alpha$  para a escala global e para cada sub-escala são bons (Murteira et al., 2002).

Quadro 27 - Consistência Interna da Escala ImPreVe ( $\alpha$  de Cronbach)

Factores	$\alpha$ de Cronbach
Factor 1 – Viver o quotidiano com gosto	0,8619
Factor 2 – Promover o bem-estar	0,7973
Factor 3 – Ocupar os tempos livres	0,6840
Factor 4 – Ter projectos de vida	0,7615
Factor 5 – Ser pró-activo	0,6332
$\alpha$ Normalizado (total)	0,8953

### 3. Amostra

#### 3.1. Selecção da amostra

Para a selecção da amostra, teve-se em consideração a caracterização da população portuguesa, recorrendo-se aos dados mais recentes do INE (Instituto Nacional de Estatística, Census de 2001) por idade, género e escolaridade. A amostra foi construída de modo a ser representativa da população de Portugal continental por faixa etária a inquirir, o género e as habilitações académicas.

Como se pode constatar, o Quadro 28 e o Quadro 29 apresentam os dados globais da população residente em Portugal continental, ou seja, o universo deste estudo.

Quadro 28 - População residente em Portugal Continental, segundo género e idade

Idade	Total	Homens	%	Mulheres	%
15	116662	59709	51,2%	56953	48,8%
25	161839	81853	50,6%	79986	49,4%
35	147018	72507	49,3%	74511	50,7%
45	135678	66130	48,7%	69548	51,3%
55	120306	56744	47,2%	63562	52,8%
65	109474	50232	45,9%	59242	54,1%
75	77229	32345	41,9%	44884	58,1%
85	26793	9297	34,7%	17496	65,3%
Total	894999	428817	47,9%	466182	52,1%

(Fonte: INE, Census de 2001)

As diferentes faixas etárias do universo apresentam diferenças estatisticamente significativas segundo o género:  $\chi^2$  (7) = 4320,4444;  $p \leq 0.001$

No Quadro 28 verifica-se que a partir da faixa etária dos 35 anos há uma superioridade do género feminino, sendo cada vez mais manifesta com o avançar das idades. Em termos numéricos totais, constata-se uma diminuição de ambos os géneros ao longo das diferentes faixas etárias a partir dos 25 anos, variação nunca menor a 1%. Somente os indivíduos com 15 anos é que são em maior número do que na faixa etária seguinte, tanto no que concerne ao género masculino como feminino. A faixa etária mais populosa é a dos 25 anos, representando 18,1% da amostra total, sendo a menos populosa a faixa etária dos 85 anos, representando 3%. Agora atente-se nas habilitações académicas da população residente em Portugal continental.

**Quadro 29 – População residente em Portugal Continental, segundo idade e nível de instrução**

Idade	Total	S/ nível ens.	%	1º CEB	%	2º, 3º CEB	%	Ens. Sec.	%	Ens. Sup.	%
15	116662	254	0,2	3236	2,8	65549	56,2	47713	40,9	-	-
25	161839	1438	0,9	13982	8,6	50600	31,3	47085	29	48734	30,1
35	147018	2110	1,4	39775	27,1	47242	32,1	35190	23,9	22701	15,4
45	135678	2832	2,1	68960	50,8	26516	19,5	19964	14,7	17406	12,8
55	120306	4685	3,9	76358	63,5	17556	14,6	12584	10,5	9123	7,6
65	109474	26529	24,2	61621	56,3	10036	9,2	7288	6,7	4000	3,7
75	77229	27140	35,1	38874	50,3	5025	6,5	4146	5,4	2044	2,6
85	26793	12981	48,4	10733	40,1	1485	5,5	1054	3,9	540	2,0
<b>Total</b>	<b>894999</b>	<b>77969</b>	<b>8,7</b>	<b>313539</b>	<b>35,0</b>	<b>224009</b>	<b>25,0</b>	<b>175024</b>	<b>19,6</b>	<b>104548</b>	<b>11,7</b>

(Fonte: INE, Censur de 2001)

As diferentes faixas etárias do universo apresentam diferenças estatisticamente significativas segundo o nível de instrução:  $\chi^2$  (28) = 531792,5780;  $p < 0,001$

A faixa etária mais escolarizada é a dos 15 anos, representando 56,2% e 40,9% da frequência do total do 2º, 3º ciclo do ensino básico e ensino secundário, respectivamente. Quanto à população mais idosa, situa-se nos níveis de escolaridade mais baixos, representando a fracção menor a partir do 1º CEB. Contudo, são as faixas etárias dos 65 e 75 anos que apresentam percentagens mais elevadas de analfabetismo. Os valores de 0,2% e 2,8% na faixa etária dos 15 anos e de 0,9% e 8,6% na dos 25 anos, relativas às categorias sem nível de ensino e 1º CEB, devem-se ao facto de serem as partes da população mais escolarizadas, frequentando os níveis de ensino do normal percurso escolar para a sua idade.

Posteriormente, através da consulta das tabelas de Riles (1979), a amostra a recolher foi definida de modo a ser representativa da população e respeitando a sua

estrutura em termos de idade, género e nível de escolaridade. Decidiu-se ainda contemplar na amostra o mesmo número de elementos com residência rural ou urbana; aqui não se respeitou a estrutura da população, tendo-se em consideração o elemento fundamental de inserção comunitária. Daqui resultou a seguinte amostra a inquirir, constituída por 800 sujeitos (Quadro 30).

**Quadro 30 - Organização da amostra**

Idades	Total	Género e Freguesia de residência				Escolaridade			
	800	Masculino		Feminino					
		Rural	Urbano	Rural	Urbano	1	2	3	4
13-17	100	25	25	25	25	-	60	40	-
23-27	100	25	25	25	25	10	30	30	30
33-37	100	25	25	25	25	30	30	25	15
43-47	100	25	25	25	25	50	20	15	15
53-57	100	25	25	25	25	70	15	10	5
63-67	100	25	25	25	25	80	10	5	5
73-77	100	20	20	30	30	85	5	5	5
83-87	100	20	20	30	30	90	5	5	-
Total	800	190	190	210	210	415	175	135	75

(Escolaridade: 1. Analfabeto ou 1º CEB (ou equivalente); 2º CEB e 3º CEB (ou equivalente); ensino secundário (ou equivalente); ensino superior)

### 3.1.1. Constituição da amostra

A amostra recolhida não apresenta variações quanto à amostra definida, é idêntica numa perspectiva estatística. A amostra é composta por 800 sujeitos, distribuídos pelas variáveis idade, género, habilitações académicas e freguesia de residência rural ou urbana de acordo com os critérios definidos (Quadro 30).

Quanto à idade, consideram-se inicialmente oito grupos etários: 13-17 anos; 23-27 anos; 33-37 anos; 43-47 anos; 53-57 anos; 63-67 anos; 73-77 anos; e 83-87 anos. Cada um destes grupos compreende 100 inquiridos. Tanto a distribuição por género como por freguesia de residência é equitativa nos seis primeiros grupos etários (até aos 67 anos), aumentando em 10% a preponderância do género feminino nos dois últimos grupos (a partir dos 73 anos). Em termos de escolaridade, onde se optou por agregar os inquiridos analfabetos com os que possuem o 1º CEB (ou equivalente), verifica-se uma diminuição de grau nos últimos grupos etários (e consequentemente, um aumento de inquiridos analfabetos ou 1º CEB).



### 3.2. Procedimento da recolha dos dados

No procedimento da recolha de dados foi explicitado, tanto às pessoas como às instituições contactadas, qual o objectivo do estudo, a sua natureza e possíveis implicações. Após o consentimento dos inquiridos ou dos responsáveis institucionais, os questionários foram entregues em mão, tendo-se adoptado dois procedimentos para o seu preenchimento nas instituições. Em alguns casos, os questionários foram preenchidos juntos dos sujeitos da amostra pelos responsáveis por este estudo ou pelo bolseiro de investigação encarregado da tarefa de recolha de dados; noutros casos, os questionários foram entregues e preenchidos sob a responsabilidade dos técnicos das instituições (que transmitiram aos sujeitos os objectivos do estudo e as instruções de preenchimento).

O esquema da organização de recolha de dados procedeu-se da seguinte forma:

- Amostra de 15 anos - recolhida em contexto escolar, em escolas de meio rural e de meio urbano: na Escola Secundária com 3º CEB Dr. Mário Sacramento (Aveiro), na Escola Secundária José Estevão (Aveiro) e na Escola Básica do 2º e 3º Ciclo da Gafanha da Encarnação (Ílhavo). Também foram recolhidos questionários por intermédio de familiares, amigos e conhecidos.
- Amostra de 25, 35, 45 e 55 anos - recolhida com a colaboração dos técnicos de serviço social de juntas de freguesia, em meio rural e urbano, assim como dos técnicos de várias associações: AIDA (Associação Industrial do Distrito de Aveiro), CEFP de Aveiro (Centro de Emprego e Formação Profissional), Igreja Assembleia de Deus, Associação Humanitária dos Bombeiros de Aveiro, Centro de Coordenação dos Apoios Educativos de Aveiro, Colónia de Férias da Torreira, Fundação CESDA (Centro Social do Distrito de Aveiro). Também foram recolhidos questionários por intermédio de familiares, amigos e conhecidos.
- Amostra de 65, 75 e 85 anos - recolhida em instituições de apoio a pessoas idosas (centros de dia, centros de convívio, serviços de apoio domiciliário e lares de idosos), assim como em várias associações, quer em meio rural quer urbano: Santa Casa da Misericórdia de Vale de Cambra, Centro de Formação e Cultura da Costa do Valado, Centro Paroquial e Social de Santa Joana, Igreja Assembleia de Deus, Centro Social e Paroquial de S. Bernardo, Associação Humanitária dos Bombeiros de Aveiro, Colónia de Férias da Torreira, Fundação CESDA (Centro Social do Distrito de Aveiro). Também

foram recolhidos questionários por intermédio de familiares, amigos e conhecidos.

### 3.3. Caracterização geral da amostra

Para além das variáveis já referidas (idade, género, habilitações académicas, freguesia de residência), outras foram consideradas na sua caracterização (Quadro 31): situação profissional (desempregado, doméstica, empregado, estudante e reformado), estado civil (casado, divorciado, solteiro e viúvo), se tem ou não filhos e se trabalha ou já trabalhou com pessoas idosas.

Quadro 31 - Caracterização geral da amostra

	Média etária	Total	
		n	%
	50,04	800	100,0
Grupos etários Média etária			
13-17	14,94	100	12,5
23-27	25,23	100	12,5
33-37	35,27	100	12,5
43-47	45,26	100	12,5
53-57	55,00	100	12,5
63-67	64,93	100	12,5
73-77	74,96	100	12,5
83-87	84,72	100	12,5
Género			
Feminino		420	52,5
Masculino		380	47,5
Escolaridade			
Analfabeto ou 1º CEB		415	51,9
2º, 3º CEB		175	21,9
Ensino secundário		135	16,9
Ensino superior		75	9,4
Residência			
Rural		400	50,0
Urbana		400	50,0

	Total	
	n	%
<b>Situação profissional</b>		
Desempregado	20	2,5
Doméstica	77	9,6
Empregado	359	44,9
Estudante	117	14,6
Reformado	224	28,0
NR	3	0,4
<b>Estado civil</b>		
Casado	449	56,1
Divorciado	29	3,6
Solteiro	214	26,8
Viúvo	108	13,5
<b>Filhos</b>		
Não	270	33,8
Sim	530	66,3
<b>Trabalha ou já trabalhou com pessoas idosas</b>		
Não	585	73,1
Sim	203	25,4
NR	12	1,5

### 3.3.1. Características sociodemográficas

Passa-se a descrever, em relação às faixas etárias, as características sociodemográficas, nomeadamente género, escolaridade, situação profissional, estado civil, ter ou não filhos, freguesia de residência e ter ou não trabalhado com pessoas idosas.

#### (a) Género

Verifica-se que 52,5% dos inquiridos são do género feminino (Quadro 32), aumentando a sua prevalência nas faixas etárias dos 73-77 e 83-87 anos (60%). Tal acréscimo também se repercute no número de inquiridos da zona rural e urbana. A média etária do género feminino é de 51,3 anos e a do masculino 48,5 anos.

Quadro 32 – Género dos inquiridos por faixa etária

Idades	Género				Total
	Feminino		Masculino		
	n	%	n	%	
13-17	50	6,3	50	6,3	100
23-27	50	6,3	50	6,3	100
33-37	50	6,3	50	6,3	100
43-47	50	6,3	50	6,3	100
53-57	50	6,3	50	6,3	100
63-67	50	6,3	50	6,3	100
73-77	60	7,5	40	5,0	100
83-87	60	7,5	40	5,0	100
Total	420	52,5	380	47,5	800

A variável idade não é independente da variável género:  $\chi^2(40) = 51,773^a$ ;  $p > 0,05$

#### (b) Escolaridade

Aproximadamente metade dos inquiridos não sabe ler nem escrever ou possui o 1º CEB (ou equivalente) (51,9%) (Quadro 33). Destes, 21,7% têm 83-87 anos, seguido por 20,5% com 73-77 anos. À medida que diminui a idade, encontram-se menos inquiridos com a escolaridade mais baixa. Esta categoria ('analfabeto/1º CEB') é composta, na sua maioria, pelo género masculino (51,9%).

As categorias 2º, 3º CEB e ensino secundário caracterizam os mais novos: com o 2º, 3º CEB (ou equivalente), 34,3% têm 13-17 anos e 17,1% têm 23-27 anos; com o ensino secundário, 29,6% têm 13-17 anos e 22,2% têm 23-27 anos. Somente 9,4% dos inquiridos frequentaram o ensino superior, dos quais 40% têm 23-27 anos, seguidos por 20% com 33-37 anos.

O género feminino predomina em três das quatro categorias: 2º, 3º CEB (ou equivalente) (61,1%), ensino secundário (52,6%) e ensino superior (56%).

Para uma leitura mais facilitada, nas categorias 'analfabeto/1º CEB' e '2, 3º CEB' passar-se-á apenas a referir as mesmas sem a designação "ou equivalente" (apesar de subjacente nas mesmas).

**Quadro 33 – Nível de escolaridade dos inquiridos por género**

Género	Escolaridade								Total	
	Analfabeto ou 1º CEB		2º, 3º CEB		E. Secundário		E. Superior			
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Feminino	200	25,0	107	13,4	71	8,9	42	5,3	420	52,5
Masculino	215	26,9	68	8,5	64	8,0	33	4,1	380	47,5
Total	415	51,9	175	21,9	135	16,9	75	9,4	800	100,0

A variável género é independente da variável escolaridade:  $\chi^2 (3) = 8,698306$ ;  $p < 0,05$

A média etária dos inquiridos que não sabem ler nem escrever ou possuem o 1º CEB é de 64 anos; a dos que frequentaram o 2º, 3º CEB é de 33 anos; a dos que frequentaram o ensino secundário é de 34 anos; e a dos que frequentaram o ensino superior é de 39 anos.

Existem diferenças estatisticamente significativas entre a média etária dos inquiridos consoante a escolaridade. Os inquiridos que não sabem ler nem escrever ou possuem o 1º CEB tendem a apresentar uma média etária superior aos que frequentaram o 2º, 3º CEB ( $t=18,511$ ;  $p < 0,001$ ), o ensino secundário ( $t=16,424$ ;  $p < 0,001$ ) e o ensino superior ( $t=12,618$ ;  $p < 0,001$ ). Os inquiridos que frequentaram o 2º, 3º CEB tendem a apresentar uma média etária inferior aos que frequentaram o ensino superior ( $t=-2,543$ ;  $p < 0,001$ ).

Não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os inquiridos que frequentaram o 2º, 3º CEB e os que frequentaram o ensino secundário, assim como entre estes e os que frequentaram o ensino superior.

#### (c) Situação profissional

No que diz respeito à situação profissional, 44,9% dos inquiridos estão empregados, seguidos pela categoria de reformados (28%) (Quadro 34). Somente 2,5% dos inquiridos estão desempregados.

Dos inquiridos empregados, 52,4% pertencem ao género masculino; destes, 24,8% apresentam idades compreendidas entre os 33-37 anos e 24,5% entre os 43-47 anos. Somente 1,9% dos inquiridos que têm 73-77 anos é que ainda trabalham.

No que respeita aos inquiridos desempregados, 60% têm idades compreendidas entre os 23 e os 37 anos.

São os mais novos da amostra que se apresentam como estudantes, dos quais, 53,8% pertencem ao género masculino; 85,5% têm 13-17 anos e 14,5% têm 23-27 anos.

É a partir dos 53-57 anos que há mais domésticas (84,4%), representando o género feminino a sua totalidade.

**Quadro 34 – Situação profissional dos inquiridos por faixa etária**

Idades	Profissão												Total
	Desemp.		Domést.		Empreg.		Estudant		Reform.		NR		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
13-17	0	0,0	0	0,0	0	0,0	100	12,5	0	0,0	0	0,0	100
23-27	6	0,7	0	0,0	75	9,4	17	2,1	0	0,0	2	0,3	100
33-37	6	0,7	3	0,4	89	11,1	0	0,0	1	0,1	1	0,1	100
43-47	3	0,5	9	1,1	88	11,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	100
53-57	5	0,6	16	2,0	69	8,6	0	0,0	10	1,2	0	0,0	100
63-67	0	0,0	17	2,1	31	3,9	0	0,0	52	6,5	0	0,0	100
73-77	0	0,0	15	1,9	7	0,9	0	0,0	78	9,8	0	0,0	100
83-87	0	0,0	17	2,1	0	0,0	0	0,0	83	10,4	0	0,0	100
Total	20	2,5	77	9,6	359	44,9	117	14,6	224	28,0	3	0,4	800

A variável idade não é independente da variável profissão:  $\chi^2 (38) = 1,232 \times 10^3$ ;  $p \sim 0$

A média etária dos inquiridos desempregados é de 38 anos; a das inquiridas domésticas é de 66 anos; a dos inquiridos empregados, 43 anos; a dos inquiridos estudantes, 16 anos; e a dos inquiridos reformados, 75 anos.

Existem diferenças estatisticamente significativas entre a média etária dos inquiridos consoante a profissão. Os inquiridos desempregados tendem a apresentar uma média etária superior à dos estudantes ( $t=8,114$ ;  $p<0,001$ ) e uma média etária inferior à das domésticas ( $t=-7,812$ ;  $p<0,001$ ) e reformados ( $t=-13,520$ ;  $p<0,001$ ). As inquiridas domésticas tendem a apresentar uma média etária superior à dos empregados ( $t=-12,822$ ;  $p<0,001$ ) e estudantes ( $t=29,363$ ;  $p<0,001$ ) e uma média etária inferior à dos reformados ( $t=-5,518$ ;  $p<0,001$ ). Os inquiridos empregados tendem a apresentar uma média etária superior à dos estudantes ( $t=21,637$ ;  $p<0,001$ ) e uma média etária inferior à dos reformados ( $t=-32,748$ ;  $p<0,001$ ). Por fim, os inquiridos estudantes tendem a apresentar uma média etária inferior à dos reformados ( $t=-67,641$ ;  $p<0,001$ ).

Não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os inquiridos desempregados e empregados.

(d) Estado civil

A maioria dos inquiridos é casada (56,1%), seguida pelos solteiros (26,8%) e pelos viúvos (13,5%) (Quadro 35).

Dos inquiridos casados, 51,4% pertencem ao género masculino, sendo que 38,5% têm idades compreendidas entre os 43 e 57 anos.

Dos inquiridos solteiros, 46,7% são menores de idade (pertencem à faixa etária dos 13-17 anos) e 33,2% situam-se na faixa etária dos 23-27 anos.

A viuvez tende a ocorrer na faixa etária dos 83-87 anos (62% dos inquiridos), seguida pela faixa etária dos 73-77 anos (23,1% dos inquiridos): neste estado civil é o género feminino que predomina (76,9% dos inquiridos).

No que diz respeito aos inquiridos divorciados, 37,9% têm idades compreendidas entre 53-57 anos.

Quadro 35 – Estado civil dos inquiridos por faixa etária

Idades	Estado civil								Total
	Casado		Divorciado		Solteiro		Viúvo		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
13-17	0	0,0	0	0,0	100	12,5	0	0,0	100
23-27	29	3,6	0	0,0	71	8,9	0	0,0	100
33-37	76	9,5	6	0,8	18	2,3	0	0,0	100
43-47	88	11,0	7	0,9	4	0,5	1	0,1	100
53-57	85	10,6	11	1,4	2	0,3	2	0,3	100
63-67	76	9,5	3	0,4	8	1,0	13	1,6	100
73-77	69	8,6	1	0,1	5	0,6	25	3,1	100
83-87	26	3,3	1	0,1	6	0,8	67	8,4	100
Total	449	56,1	29	3,6	214	26,8	108	13,5	800

A variável idade não é independente da variável estado civil:  $\chi^2 (21) = 8,158 \times 100$ ;  $p \sim 0$

A média etária dos inquiridos casados é de 54 anos; a dos inquiridos divorciados é de 52 anos; a dos inquiridos solteiros, 26 anos; e a dos inquiridos viúvos, 79 anos. Existem diferenças estatisticamente significativas entre a média etária dos inquiridos consoante o estado civil. Os inquiridos viúvos apresentam uma média etária superior aos casados ( $t=-22,379$ ;  $p<0,001$ ) e aos divorciados ( $t=11,664$ ;  $p<0,001$ ). Os inquiridos solteiros apresentam uma média etária inferior aos casados ( $t=20,177$ ;  $p<0,001$ ) divorciados

(( $t=7,837$ ;  $p<0,001$ ) e viúvos ( $t=37,650$ ;  $p<0,001$ ). Não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os inquiridos casados e divorciados.

(e) *Ter (ou não) filhos*

Os inquiridos que têm filhos representam 66,3% da amostra. Destes, 54,5% pertencem ao género feminino. Ainda no que respeita aos inquiridos com filhos, 18,1% têm 43-47 anos e 17,5% têm 53-57 anos (Quadro 36).

Nesta amostra, nenhum inquirido com menos de 23 anos tem filhos. Entre os que não têm filhos, verifica-se uma predominância dos sujeitos até aos 27 anos (69,3%), seguidos pela faixa 33-37 anos (10%). A faixa menos representativa desta categoria é a dos 43-47 anos, com 1,9%.

**Quadro 36 – Inquiridos com e sem filhos, por faixa etária**

Idades	Filhos				Total
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
13-17	100	12,5	0	0,0	100
23-27	87	10,9	13	1,6	100
33-37	27	3,4	73	9,1	100
43-47	4	0,5	96	12,0	100
53-57	7	0,9	93	11,6	100
63-67	11	1,4	89	11,1	100
73-77	17	2,1	83	10,4	100
83-87	17	2,1	83	10,4	100
Total	270	33,8	530	66,3	800

A variável idade não é independente da variável ter ou não filhos:  $\chi^2 (7) = 444,981132$ ;  $p \sim 0$

A média etária dos inquiridos que não têm filhos é de 32 anos e a dos que têm filhos, de 60 anos. Existem, assim, diferenças estatisticamente significativas entre a média etária dos inquiridos, sendo que inquiridos com filhos tendem a ser mais velhos ( $t=19,325$ ;  $p<0,001$ ).

(f) *Freguesia de residência*

No que concerne à freguesia de residência, 50% dos inquiridos vive numa freguesia urbana e 50% numa freguesia rural (Quadro 38). Contudo, é o género feminino quem



apresenta uma maior percentagem tanto na freguesia de residência urbana como rural (26,2% em cada uma, perfazendo 52,5% do total da amostra). A média etária dos inquiridos é de 50 anos em ambas as freguesias de residência (urbana e rural), não existindo diferenças estatisticamente significativas.

**Quadro 37 – Inquiridos por freguesia de residência**

Género	Freguesia de residência				Total	
	Urbana		Rural			
	n	%	n	%	N	%
Feminino	210	26,2	210	26,2	420	52,5
Masculino	190	23,8	190	23,8	380	47,5
Total	400	50	400	50	800	100,0

A variável género é independente da variável freguesia de residência:  $\chi^2 (3) = 7,799315$ ;  $p < 0,05$

*(g) Trabalhar (ou ter trabalhado) com pessoas idosas*

No que concerne ao trabalhar ou já ter trabalhado com pessoas idosas, 73,1% dos inquiridos não têm essa experiência (sendo 51,3% do género masculino) (Quadro 38). Dos que trabalham ou já trabalharam com pessoas idosas, é a faixa dos 33-37 anos, seguida pela dos 53-57 anos que apresentam valores mais elevados: 16,3% e 15,8%, respectivamente.

No que respeita à experiência de trabalho com pessoas idosas, é o género feminino quem apresenta uma maior percentagem (63,1%).

**Quadro 38 – Inquiridos que trabalha(ram) ou não com pessoas idosas**

Idades	Trabalha com idosos						Total
	Não		Sim		NR		
	n	%	n	%	n	%	
13-17	87	10,9	13	1,6	0	0,0	100
23-27	69	8,6	29	3,6	2	0,3	100
33-37	67	8,4	33	4,1	0	0,0	100
43-47	72	9,0	27	3,4	1	0,1	100
53-57	67	8,4	32	4,0	1	0,1	100
63-67	70	8,8	27	3,4	3	0,4	100
73-77	81	10,1	16	2,0	3	0,4	100
83-87	72	9,0	26	3,3	2	0,3	100
Total	585	73,1	203	25,4	12	1,5	800

A variável idade é independente da variável do ter trabalhado ou não com pessoas idosas:  $\chi^2 (14) = 25,835^a$ ;  $p \leq 1$

A média etária dos que trabalham e não trabalham com pessoas idosas é de 50 anos, pelo que não se encontram diferenças estatisticamente significativas.

### **3.4. Análise dos dados**

Os dados recolhidos foram codificados, informatizados e sujeitos a tratamento estatístico através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), nas versões 10.0 a 16.0 para Windows. A concretização dos objectivos deste estudo exigiu o recurso a análises estatísticas tipo descritivo e inferencial, por se tratar de um estudo descritivo-correlacional. Recorreu-se, assim, a diversos procedimentos estatísticos segundo o tipo de variáveis existentes. No que respeita às variáveis avaliadas e codificadas em escala nominal e ordinal, utilizaram-se técnicas da estatística descritiva, nomeadamente frequências absolutas (N) e relativas (%). Sempre que adequado, as variáveis relativas e escalas intervalares complementaram-se com medidas de tendência central - Média (X) - e medidas de dispersão – Desvio-Padrão (S) (mínimo e máximo). Quando os objectivos do estudo visavam a comparação de médias, no sentido de avaliar diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis, procedeu-se à realização de análises estatísticas inferenciais - teste t de *Student* e teste do *qui-quadrado*. Para os três factores que emergiram em cada uma das escalas, em relação às variáveis idade e escolaridade, procedeu-se à correlação de Pearson e seu nível de significância. Todos os procedimentos que implicaram um nível de significância seguiram o critério de  $p > 0,05$  (não significativo);  $p < 0,05$  (significativo);  $p < 0,01$  (bastante significativo) e  $p < 0,001$  (altamente significativo).

Passa-se à apresentação e leitura dos resultados deste estudo.



## Capítulo 5 - Apresentação e leitura dos resultados

---

### Introdução

Neste capítulo procede-se à apresentação e leitura dos resultados obtidos no presente estudo, dividido em duas partes. Numa primeira, apresentam-se os resultados provenientes de cada uma das escalas utilizadas (ImAge e ImPreVe). Dos dados obtidos pela escala ImAge emergiram três factores que resultaram em três grupos de imagens do envelhecimento e da velhice; da escala ImPreVe, emergiram cinco factores que resultaram em três grupos de imagens da preparação para um envelhecimento bem sucedido. Na segunda parte deste capítulo, analisa-se a correlação entre as duas escalas, de onde emergiram três grupos de imagens da velhice e preparação do envelhecimento. Ao longo da apresentação dos resultados procede-se à leitura dos mesmos, apontando possíveis interpretações.

### 1. Imagens do envelhecimento e da velhice

No Quadro 39 apresentam-se os resultados relativos à escala ImAge para a amostra global e cada uma das oito sub-amostras etárias.

Considerando todas as dimensões e todas as sub-amostras, verifica-se que a média global varia entre o mínimo de 2,02 e o máximo de 3,99, ou seja, oscila entre “discordo” e “concordo” (escala de 1 a 5). Estes dados sugerem posturas moderadas pelos inquiridos de todos os grupos etários. A média superior surge no factor 2 ‘dependência física e emocional e antiquado’ (3,49) e factor 3 ‘maturidade relacional e cognitiva’ (3,43), onde os inquiridos tendem a “não concordar nem discordar” com estas imagens.

Para se avaliar as diferenças estatisticamente significativas entre os três factores das imagens do envelhecimento e da velhice, recorreu-se ao cálculo do teste *t* para comparação de médias. Este procedimento implicou um nível de significância que teve como critério  $p < 0,05$  (sendo  $p < 0,001$  altamente significativo). Quando se recorreu a comparações múltiplas, procedeu-se à correcção de Bonferroni, cujo nível de significância utilizado foi  $\alpha = 0,05/n.^{\circ}$  de comparações efectuadas (Murteira et al., 2002).

O factor 1, '*incompetência relacional e cognitiva*' (2,29) surge com a média inferior em relação aos restantes dois factores e na amostra global os inquiridos tendem a "discordar" desta imagem. Considerando todas as dimensões e as oito sub-amostras em particular, a média varia entre o mínimo de 2,02 e o máximo de 2,68, ou seja, oscila entre "discordo" e "nem concordo nem discordo" (na escala de 1 a 5). Este factor apresenta diferenças estatisticamente significativas em relação ao factor 2 (dependência física e emocional e antiquado) e factor 3 (maturidade relacional e cognitiva) ( $t = -52,200$ ;  $p < 0,001$  e  $t = -33,655$ ;  $p < 0,001$ ). Também apresenta uma média inferior em todas as sub-amostras e sofre uma alteração progressiva de "discordo" (dos '13-17 anos' aos '63-67 anos') para "não concordo nem discordo" (a partir dos '73-77 anos'). Deste modo, são os mais novos quem manifesta a vertente mais positiva e há diferenças estatisticamente significativas neste factor entre:

- A sub-amostra '13-17 anos' e a '53-57 anos' ( $t = -3,667$ ;  $p < 0,001$ ) e a '63-67 anos' ( $t = -4,969$ ;  $p < 0,001$ ). Apesar de todas tenderem a "discordar", a sub-amostra '13-17 anos' apresenta valores significativamente inferiores. Também há diferenças significativas em relação às sub-amostras '73-77 anos' ( $t = -6,596$ ;  $p < 0,001$ ) e '83-87 anos' ( $t = -8,059$ ;  $p < 0,001$ ), dado que estas tendem a "nem concordar nem discordar" com esta imagem.
- A sub-amostra '23-27 anos' e a '73-77 anos' ( $t = -4,976$ ;  $p < 0,001$ ) e a '83-87 anos' ( $t = -6,164$ ;  $p < 0,001$ ). A primeira sub-amostra tende a "discordar" enquanto que a segunda e a terceira a "nem concordar nem discordar".
- A sub-amostra '33-37 anos' e a '63-67 anos' ( $t = -4,339$ ;  $p < 0,001$ ). Ambas "discordam" desta imagem, mas é a primeira sub-amostra a que apresenta valores significativamente inferiores. Também em relação às sub-amostras '73-77 anos' ( $t = -5,944$ ;  $p < 0,001$ ) e '83-87 anos' ( $t = -7,285$ ;  $p < 0,001$ ) se encontram diferenças significativas: a sub-amostra '33-37 anos' tende a

- “discordar” enquanto que essas duas últimas tendem a “nem concordar nem discordar” desta imagem.
- A sub-amostra ‘43-47 anos’ e a ‘73-77 anos’ ( $t=-4,463$ ;  $p<0,001$ ) e a ‘83-87 anos’ ( $t=-5,791$ ;  $p<0,001$ ). A sub-amostra ‘43-47 anos’ tende a “discordar” enquanto que essas duas últimas tendem a “nem concordar nem discordar” desta imagem.

Quanto ao factor 2, *‘dependência física e emocional e antiquado’* (3,49), considerando todas as dimensões e as oito sub-amostras, a média varia entre o mínimo de 3,19 e o máximo de 3,99, ou seja, oscila entre “nem concordo nem discordo” e “concordo” (na escala de 1 a 5). Na amostra global, este factor é o que apresenta a média superior (3,49) e nos grupos etários ‘13-17 anos’, ‘53-57 anos’, ‘63-67 anos’, ‘73-77 anos’ e ‘83-87 anos’. Este último grupo etário é aquele que manifesta a média superior quando comparado com os restantes para o mesmo factor. Os grupos etários que apresentam uma média inferior são os ‘43-47 anos’, ‘33-37 anos’ e ‘23-27 anos’, indicando que “não concordam nem discordam”. Já os grupos que tendem a “concordar” são os de ‘83-87 anos’, ‘73-77 anos’ e ‘63-67 anos’. Neste factor pode ainda identificar-se um padrão: desde a sub-amostra dos ‘13-17 anos’ até à dos ‘63-67 anos’, as suas médias aproximam-se das obtidas no factor 3, *‘maturidade relacional e cognitiva’* (o segundo em termos da média global).

Há diferenças estatisticamente significativas neste factor entre:

- A sub-amostra ‘13-17 anos’ e a ‘83-87 anos’ ( $t=-6,435$ ;  $p<0,001$ ), que tende a “concordar” com esta imagem, enquanto que a sub-amostra ‘13-17 anos’ tende a “não concordar nem discordar”.
- A sub-amostra ‘23-27 anos’ e a 73-77 ( $t=-5,634$ ;  $p<0,001$ ) e a ‘83-87 anos’ ( $t=-8,718$ ;  $p<0,001$ ), que tendem a “concordar” com esta imagem, enquanto que a sub-amostra ‘23-27 anos’ tende a “não concordar nem discordar”.
- A sub-amostra ‘33-37 anos’ e a 73-77 ( $t=-5,432$ ;  $p<0,001$ ) e a ‘83-87 anos’ ( $t=-8,320$ ;  $p<0,001$ ) que tendem a “concordar” com esta imagem, enquanto que a sub-amostra ‘33-37 anos’ tende a “não concordar nem discordar”.
- A sub-amostra ‘43-47 anos’ e a ‘63-67 anos’ ( $t=-3,858$ ;  $p<0,001$ ), a ‘73-77 anos’ ( $t=-5,812$ ;  $p<0,001$ ) e a ‘83-87 anos’ ( $t=-8,682$ ;  $p<0,001$ ) que tendem a

“concordar” com esta imagem, enquanto que sub-amostra ‘43-47 anos’ tende a “não concordar nem discordar”.

- A sub-amostra ‘53-57 anos’ e a ‘83-87 anos’ ( $t=-5,397$ ;  $p<0,001$ ). Os inquiridos da primeira tendem a “não concordar nem discordar” e os da segunda a “concordar” com esta imagem.
- A sub-amostra ‘63-67 anos’ e a ‘83-87 anos’ ( $t=-4,842$ ;  $p<0,001$ ). Os inquiridos de ambos tendem a “concordar” com esta imagem, mas é a sub-amostra ‘63-67 anos’ a que apresenta valores significativamente inferiores.

Em relação ao factor 3, ‘*maturidade relacional e cognitiva*’ (3,43), considerando todas as dimensões e as oito sub-amostras, a média varia entre o mínimo de 3,33 e o máximo de 3,50. Ou seja, oscila entre “nem concordo nem discordo” e “concordo” (na escala de 1 a 5).

Na amostra global, este factor é o segundo com média superior (3,43), mas nas sub-amostras ‘23-27 anos’, ‘33-37 anos’ e ‘43-47 anos’, apresenta a média superior em relação aos restantes factores. Todas as sub-amostras tendem a “não concordar nem discordar” desta imagem. Quando comparada com as restantes, a sub-amostra ‘43-47 anos’ apresenta a média inferior, seguido das ‘13-27 anos’ e ‘23-27 anos’. Os inquiridos que apresentam valores superiores são os das sub-amostras ‘63-67 anos’ e ‘73-77 anos’. Ou seja os elementos da sub-amostra dos mais velhos tendem a ter uma perspectiva mais positiva da velhice do que os da primeira. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as oito sub-amostras.

**Quadro 39 - Imagens do envelhecimento e da velhice (escala ImAge): amostra e sub-amostras**

Grupo etário	Factores		
	F1 – Incompetência relacional e cognitiva	F2 – Dependência física e emocional e antiquado	F3 – Maturidade relacional e cognitiva
<b>13-17 anos</b>			
n	96	99	99
Média	2,02	3,45	3,39
Desvio Padrão	0,52	0,60	0,60
Mínimo	1	1,86	1,83
Máximo	3,50	4,57	5

Grupo etário	Factores		
	F1 – Incompetência relacional e cognitiva	F2 – Dependência física e emocional e antiquado	F3 – Maturidade relacional e cognitiva
<b>23-27 anos</b>			
n	94	96	98
Média	2,04	3,24	3,40
Desvio Padrão	0,57	0,61	0,49
Mínimo	1	1,43	1,83
Máximo	3,67	4,43	5
<b>33-37 anos</b>			
n	94	79	100
Média	2,04	3,23	3,48
Desvio Padrão	0,60	0,69	0,56
Mínimo	1	1,57	1,83
Máximo	3,92	4,71	5
<b>43-47 anos</b>			
n	98	98	99
Média	2,18	3,19	3,33
Desvio Padrão	0,60	0,70	0,62
Mínimo	1,08	1,71	1,83
Máximo	4,50	4,86	4,67
<b>53-57 anos</b>			
n	90	91	98
Média	2,37	3,49	3,45
Desvio Padrão	0,76	0,70	0,61
Mínimo	1	1,57	1,83
Máximo	5	4,86	5
<b>63-67 anos</b>			
n	93	98	93
Média	2,40	3,56	3,50
Desvio Padrão	0,52	0,65	0,54
Mínimo	1	1	2,17
Máximo	3,92	4,57	5
<b>73-77 anos</b>			
n	95	97	98
Média	2,57	3,73	3,49
Desvio Padrão	0,63	0,60	0,53
Mínimo	1,17	2	2,17
Máximo	4,42	5	4,50



Grupo etário	Factores		
	F1 – Incompetência relacional e cognitiva	F2 – Dependência física e emocional e antiquado	F3 – Maturidade relacional e cognitiva
<b>83-87 anos</b>			
n	98	97	98
Média	2,68	3,99	3,44
Desvio Padrão	0,67	0,69	0,58
Mínimo	1,25	2,14	2
Máximo	3,75	5	5
<b>Total</b>			
N	758	773	783
Média	2,29	3,49	3,43
Desvio Padrão	0,65	0,69	0,58
Mínimo	1	1	1,83
Máximo	5	5	5

Calcularam-se as correlações entre os três factores e a idade (Quadro 40). Verificam-se correlações moderadas e positivas entre os factores 'incompetência relacional e cognitiva' e 'dependência física e emocional e antiquado' com a idade. À medida que os inquiridos vão ficando mais velhos, a média nestes factores tende a aumentar.

**Quadro 40 – Correlações ImAge versus idade**

	Factores		
	F1 – Incompetência relacional e cognitiva	F2 – Dependência física e emocional e antiquado	F3 – Maturidade relacional e cognitiva
<b>Idade</b>			
Correlação de Pearson	0,346*	0,297*	0,049
Significância (p)	0,000	0,000	0,170

\*p<0,01

No que diz respeito ao género dos inquiridos, tendo em conta todas as dimensões e as duas sub-amostras em particular, a média varia entre o mínimo de 2,28 e o máximo de 3,55, ou seja, oscila entre "discordo" e "concordo" (na escala de 1 a 5).

Na amostra global não se verificam diferenças significativas nas imagens 'incompetência relacional e cognitiva' e 'maturidade relacional e cognitiva'

(Quadro 41). Ambas as sub-amostras “discordam” da primeira e “não concordam nem discordam” da segunda imagem. Já no factor ‘dependência física e emocional e antiquado’ ( $t=2,573$ ;  $p<0,001$ ), o género feminino tende a apresentar valores significativamente superiores, “concordando” enquanto que o género masculino manifesta “nem concordar nem discordar”.

**Quadro 41 – Imagens do envelhecimento e da velhice (escala ImAge): género**

Género	Factores		
	F1 – Incompetência relacional e cognitiva	F2 – Dependência física e emocional e antiquado	F3 – Maturidade relacional e cognitiva
<b>Feminino</b>			
n	393	402	408
Média	2,29	3,55	3,44
Desvio Padrão	0,70	0,70	0,58
Mínimo	1	1	1,83
Máximo	5	5	5
<b>Masculino</b>			
n	365	371	375
Média	2,28	3,42	3,43
Desvio Padrão	0,59	0,67	0,59
Mínimo	1	1,43	1,83
Máximo	4,50	5	5
<b>Total</b>			
N	758	773	783
Média	2,29	3,49	3,43
Desvio Padrão	0,65	0,69	0,58
Mínimo	1	1	1,83
Máximo	5	5	5

Passam-se a analisar os resultados relacionados com a escolaridade dos inquiridos (Quadro 42). Considerando todas as dimensões e as quatro sub-amostras, a média varia entre o mínimo de 1,96 e o máximo de 3,67, ou seja, oscila entre “discordo” e “concordo” (na escala de 1 a 5). Faz-se aqui a ressalva que, para efeitos de uma leitura mais fácil, na designação das sub-amostras não será mencionada a questão de ‘ou equivalente’, apesar de subjacente na categorização das mesmas.

Tanto na sub-amostra ‘analfabeto/1º CEB’ como na sub-amostra ‘2º, 3º CEB’, o factor que apresenta a média superior é o da ‘dependência física e emocional e

antiquado'. Nesta imagem, os inquiridos da primeira sub-amostra "concordam" e os segundos "nem concordam nem discordam". Nas restantes duas sub-amostras, 'ensino secundário' e 'ensino superior', o factor 'maturidade relacional e cognitiva' é o que apresenta a média superior. Também aqui os inquiridos "concordam" e "nem concordam nem discordam", respectivamente, desta imagem. Em relação ao factor 'incompetência relacional e cognitiva', todas as sub-amostras apresentam a média inferior, "discordando" desta imagem. Ainda em relação a este factor, verifica-se que quanto maior for o grau de escolaridade que o inquirido possui, mais tende a manifestar uma maior discordância com esta imagem. O mesmo se verifica para a imagem 'dependência física e emocional e antiquado', dado que quanto maior for o grau de escolaridade, mais os inquiridos tendem a manifestar uma posição mais neutra, ou seja, passam da concordância para o "não concordar nem discordar".

Quando se analisam os resultados da sub-amostra 'analfabeto/1º CEB', esta apresenta diferenças significativas tanto no factor 1 como no factor 2, quando comparada com as sub-amostras '2º, 3º CEB' ( $F_1$  ( $t=6,829$ ;  $p<0,001$ );  $F_2$  ( $t=4,168$ ;  $p<0,001$ ), 'ensino secundário' ( $F_1$  ( $t=10,494$ ;  $p<0,001$ );  $F_2$  ( $t=5,206$ ;  $p<0,001$ ) e 'ensino superior' ( $F_1$  ( $t=8,103$ ;  $p<0,001$ );  $F_2$  ( $t=8,812$ ;  $p<0,001$ ). Tende a apresentar valores superiores nas imagens 'incompetência relacional e cognitiva' e 'dependência física e emocional e antiquado'. Com a primeira "não concorda nem discorda" e com a segunda "concorda"; as sub-amostras '2º, 3º CEB', 'ensino secundário' e 'ensino superior' tendem a "discordar" da imagem 'incompetência relacional e cognitiva' e a "não concordar nem discordar" da 'dependência física e emocional e antiquado'. Os inquiridos sem ou com menos escolaridade tendem a apresentar valores significativamente superiores nas imagens mais negativas da velhice.

Em relação à sub-amostra '2º, 3º CEB', quando comparada com a sub-amostra 'ensino secundário' apresenta diferenças significativas no factor 1 ( $t=2,743$ ;  $p=0,006$ ). Na imagem 'incompetência relacional e cognitiva' os inquiridos com '2º, 3º CEB' apresentam valores mais elevados que os inquiridos com o 'ensino secundário', apesar de ambos tenderem a "discordar". Os elementos da sub-amostra 'ensino secundário' tendem a ter uma perspectiva mais positiva da velhice. O mesmo se verifica quando comparada com a sub-amostra 'ensino superior' no factor 2 ( $t=5,696$ ;  $p<0,001$ ). Na imagem 'dependência física e emocional e antiquado', apesar de ambos tenderem a "nem concordar nem discordar", os elementos da sub-amostra '2º, 3º CEB' apresentam valores mais elevados nessa imagem, ou seja, manifestam uma perspectiva mais negativa.

No que diz respeito às sub-amostras 'ensino secundário' e 'ensino superior', há diferenças estatisticamente significativas no factor 2 ( $t=4,325$ ;  $p<0,001$ ). Apesar de os inquiridos de ambas as sub-amostras tenderem a "nem concordar nem discordar" da imagem 'dependência física e emocional e antiquado', os da sub-amostra 'ensino secundário' apresentam valores significativamente superiores aos da 'ensino superior', ou seja, manifestam uma perspectiva mais negativa da velhice. Em relação aos restantes casos não se verificam diferenças significativas.

**Quadro 42 - Imagens do envelhecimento e da velhice (escala ImAge): escolaridade**

Escolaridade	Factores		
	F1 – Incompetência relacional e cognitiva	F2 – Dependência física e emocional e antiquado	F3 – Maturidade relacional e cognitiva
<b>Analfabeto/1ºCEB</b>			
n	389	397	403
Média	2,53	3,67	3,44
Desvio Padrão	0,66	0,67	0,62
Mínimo	1	1	1,83
Máximo	5	5	5
<b>2º, 3º CEB</b>			
n	166	171	172
Média	2,12	3,42	3,36
Desvio Padrão	0,56	0,62	0,56
Mínimo	1	1,43	1,83
Máximo	3,92	4,57	5
<b>Ensino secundário</b>			
n	130	132	133
Média	1,96	3,32	3,52
Desvio Padrão	0,49	0,64	0,52
Mínimo	1	1,71	2,17
Máximo	3	4,57	5
<b>Ensino superior</b>			
n	73	73	75
Média	1,97	2,93	3,42
Desvio Padrão	0,52	0,62	0,51
Mínimo	1	1,57	2,33
Máximo	3,58	4,29	5

Escolaridade	Factores		
	F1 – Incompetência relacional e cognitiva	F2 – Dependência física e emocional e antiquado	F3 – Maturidade relacional e cognitiva
<b>Total</b>			
N	758	773	783
Média	2,29	3,49	3,43
Desvio Padrão	0,65	0,69	0,58
Mínimo	1	1	1,83
Máximo	5	5	5

Calcularam-se as correlações entre os três factores e a escolaridade (Quadro 43). Verificam-se correlações moderadas e negativas entre os factores 'incompetência relacional e cognitiva' e 'dependência física e emocional e antiquado' com a idade. A média nestes factores tende a diminuir nos inquiridos que possuem mais escolaridade.

**Quadro 43 – Correlações ImAge versus escolaridade**

	Factores		
	F1 – Incompetência relacional e cognitiva	F2 – Dependência física e emocional e antiquado	F3 – Maturidade relacional e cognitiva
<b>Escolaridade</b>			
Correlação de Spearman	-0,398*	-0,321*	-0,013
Significância (p)	0,000	0,000	0,714

\*p<0,01

No Quadro 44 podem observar-se os resultados segundo a situação profissional dos inquiridos. Considerando todas as dimensões e as cinco sub-amostras em particular, a média varia entre o mínimo de 2,03 e o máximo de 3,82, ou seja, oscila entre "discordo" e "concordo" (na escala de 1 a 5).

O factor 'dependência física e emocional e antiquado' apresenta a média superior nas sub-amostras 'domésticas' e 'reformados' ("concordam") e 'estudantes' ("não concordam nem discordam"), enquanto que no factor 'maturidade relacional e cognitiva' é na dos 'desempregados' ("concordam") e 'empregados' ("nem concordam nem discordam"). O factor que apresenta menor média em todas as sub-amostras é o da 'incompetência relacional e cognitiva', cujos

'desempregados', 'empregados' em 'estudantes' "discordam" e as 'domésticas' e 'reformados' tendem a "nem concordar nem discordar".

Em relação à situação profissional, tanto no factor 1 como no 2, só se verificam diferenças significativas entre os 'empregados' e os 'reformados' e as 'domésticas', entre os 'reformados' e os 'estudantes'. No factor 2, entre as 'domésticas' e os 'estudantes'.

No que diz respeito à imagem 'incompetência relacional e cognitiva' (factor 1) a sub-amostra 'empregados' tende a "discordar" da mesma, enquanto que a dos 'reformados' e a das 'domésticas' ( $t=-6,904$ ;  $p<0,001$  e  $t=-4,066$ ;  $p<0,001$ ) manifestam "não concordar nem discordar". São os elementos que se encontram activos profissionalmente quem manifesta uma perspectiva mais positiva da velhice. Tal pode dever-se ao facto de na amostra deste estudo a maioria das 'domésticas' se encontrarem na idade da reforma, ou seja, também poderão estar a viver as suas contingências. Na mesma imagem, os 'reformados' tendem a apresentar diferenças significativas em relação aos 'desempregados' e 'estudantes' ( $t=2,810$ ;  $p<0,001$  e  $t=7,622$ ;  $p<0,001$ ). Os 'reformados' tendem a "não concordar nem discordar", enquanto que estes tendem a "discordar" dessa imagem. Os indivíduos ainda em idade activa apresentam uma perspectiva mais positiva da velhice do que aqueles que já estão na idade da reforma.

O mesmo se verifica com as 'domésticas', que "não concordam nem discordam" da imagem 'incompetência relacional e cognitiva', em relação aos 'estudantes' ( $t=-5,150$ ;  $p<0,001$ ), que tendem a "discordar". Os indivíduos ainda em idade activa apresentam uma perspectiva mais positiva da velhice do que as 'domésticas'. Tal pode dever-se ao facto de na amostra deste estudo a maioria das 'domésticas' já ter passado o meio do ciclo de vida, ou seja, também poderá estar a viver as suas contingências.

Em relação à imagem 'dependência física e emocional e antiquado' (factor 2), a sub-amostra 'empregados' "não concorda nem discorda", enquanto que a dos 'reformados' e a das 'domésticas' ( $t=-9,304$ ;  $p<0,001$  e  $t=-6,164$ ;  $p<0,001$ ) tende a "concordar". Nesta imagem, os 'reformados' tendem a apresentar diferenças significativas em relação aos 'desempregados' e 'estudantes' ( $t=2,190$ ;  $p=0,030$ ) e  $t=5,499$ ;  $p<0,001$ ), dado que "concordam" e estes últimos "não concordam nem discordam" desta imagem. O mesmo se verifica com as 'domésticas' - que "concordam" - em aos 'estudantes' ( $t=-4,439$ ;  $p<0,001$ ), que tendem a "não concordar nem discordar" dessa imagem. Verifica-se que são os 'reformados' e as

'domésticas' quem tende a manifestar uma imagem mais negativa da velhice. Tal pode dever-se ao facto de os 'desempregados' e 'estudantes' se encontrarem em idade activa e ainda não na da reforma. Na amostra deste estudo a maioria das 'domésticas' encontra-se na idade da reforma.

No que diz respeito ao factor 3, a imagem 'maturidade relacional e cognitiva', não se encontram diferenças estatisticamente significativas.

**Quadro 44 - Imagens do envelhecimento e da velhice (escala ImAge): situação profissional**

Situação profissional	Factores		
	F1 – Incompetência relacional e cognitiva	F2 – Dependência física e emocional e antiquado	F3 – Maturidade relacional e cognitiva
<b>Desempregado</b>			
n	19	19	20
Média	2,14	3,47	3,58
Desvio Padrão	0,50	0,53	0,52
Mínimo	1,17	2,57	2,50
Máximo	2,92	4,29	4,67
<b>Doméstica</b>			
n	70	71	73
Média	2,52	3,82	3,47
Desvio Padrão	0,69	0,67	0,62
Mínimo	1	1	1,83
Máximo	4	4,86	4,67
<b>Empregado</b>			
n	337	347	352
Média	2,17	3,27	3,40
Desvio Padrão	0,61	0,69	0,58
Mínimo	1	1,43	1,83
Máximo	4,50	5	5
<b>Estudante</b>			
n	113	115	116
Média	2,03	3,40	3,39
Desvio Padrão	0,55	0,60	0,56
Mínimo	1	1,86	1,83
Máximo	3,58	4,57	5

Situação profissional	Factores		
	F1 – Incompetência relacional e cognitiva	F2 – Dependência física e emocional e antiquado	F3 – Maturidade relacional e cognitiva
<b>Reformado/a</b>			
n	216	218	219
Média	2,56	3,78	3,49
Desvio Padrão	0,63	0,60	0,60
Mínimo	1	1,86	2
Máximo	5	5	5
<b>Sem resposta</b>			
n	3	3	3
Média	2,31	3,48	3,28
Desvio Padrão	0,71	0,64	0,19
Mínimo	1,58	2,86	3,17
Máximo	3	4,14	3,50
<b>Total</b>			
N	758	773	783
Média	2,29	3,49	3,43
Desvio Padrão	0,65	0,69	0,58
Mínimo	1	1	1,83
Máximo	5	5	5

Em seguida apresentam-se os resultados relativos ao estado civil dos inquiridos (Quadro 45). Tendo em conta todas as dimensões e as quatro sub-amostras em particular, a média varia entre o mínimo de 2,07 e o máximo de 3,96, ou seja, oscila entre “discordo” e “concordo” (na escala de 1 a 5).

O factor que apresenta a média superior nas sub-amostras ‘casados’ e ‘viúvos’ é o ‘dependência física e emocional e antiquado’, “não concordando nem discordando” e “concordando”, respectivamente. Quanto ao factor ‘maturidade relacional e cognitiva’, a média superior surge nas dos ‘divorciados’ e ‘solteiros’, onde os inquiridos “não concordam nem discordam” com esta imagem. À semelhança dos restantes resultados da amostra final, também aqui o factor ‘incompetência relacional e cognitiva’ é o que apresenta média inferior, onde os ‘casados’, ‘divorciados’ e ‘solteiros’ manifestam “discordar” desta imagem e os ‘viúvos’, “concordar”.

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao estado civil dos inquiridos, a não ser no factor 1 entre ‘casados’ e ‘solteiros’ ( $t=3,599$ ;



$p < 0,001$ ) e no factor 1 e 2 entre 'viúvos' e 'casados' ( $F_1$   $t = -6,462$ ;  $p < 0,001$ );  $F_2$  ( $t = -8,295$ ;  $p < 0,001$ ), 'solteiros' ( $F_1$  ( $t = -8,595$ ;  $p < 0,001$ );  $F_2$  ( $t = -9,050$ ;  $p < 0,001$ ) e 'divorciados' ( $F_1$  ( $t = -3,356$ ;  $p < 0,001$ );  $F_2$  ( $t = -4,690$ ;  $p < 0,001$ ).

Na imagem 'incompetência relacional e cognitiva' (factor 1), a sub-amostra 'casados' apresenta valores mais elevados que a dos 'solteiros', apesar de ambos tenderem a "discordar". Quanto à diferença entre a sub-amostra 'viúvos', que "não concorda nem discorda" desta imagem, com as dos 'casados', 'solteiros' e 'divorciados', estes manifestam "discordar" da mesma. São os indivíduos mais novos quem tende a ter uma perspectiva mais positiva da velhice (na amostra deste estudo os 'casados', 'solteiros' e 'divorciados' são em número superior até aos 63-67 anos, e é a partir desta faixa etária que se encontra a quase totalidade de viúvos).

Em relação à imagem 'dependência física e emocional e antiquado' (factor 2), a sub-amostra 'viúvos' tende a "concordar" com esta imagem, e a dos 'casados', 'solteiros' e 'divorciados' a manifestar "não concordar nem discordar" da mesma. Os indivíduos mais velhos tendem a perspectivar a velhice de uma forma mais negativa.

**Quadro 45 - Imagens do envelhecimento e da velhice (escala ImAge): estado civil**

Estado civil	Factores		
	F1 – Incompetência relacional e cognitiva	F2 – Dependência física e emocional e antiquado	F3 – Maturidade relacional e cognitiva
<b>Casado/a</b>			
n	422	429	438
Média	2,28	3,45	3,44
Desvio Padrão	0,65	0,70	0,57
Mínimo	1	1	1,83
Máximo	5	5	5
<b>Divorciado/a</b>			
n	26	28	29
Média	2,27	3,39	3,49
Desvio Padrão	0,65	0,68	0,73
Mínimo	1,08	1,71	1,83
Máximo	3,50	4,29	4,67

Estado civil	Factores		
	F1 – Incompetência relacional e cognitiva	F2 – Dependência física e emocional e antiquado	F3 – Maturidade relacional e cognitiva
<b>Solteiro/a</b>			
n	207	209	211
Média	2,07	3,34	3,42
Desvio Padrão	0,56	0,64	0,55
Mínimo	1	1,43	1,83
Máximo	3,92	4,71	5
<b>Viúvo/a</b>			
n	103	107	105
Média	2,74	3,96	3,43
Desvio Padrão	0,59	0,54	0,64
Mínimo	1,25	2,57	2
Máximo	4,42	5	5
<b>Total</b>			
N	758	773	783
Média	2,29	3,49	3,43
Desvio Padrão	0,65	0,69	0,58
Mínimo	1	1	1,83
Máximo	5	5	5

No que diz respeito aos inquiridos com filhos e sem filhos, considerando todas as dimensões e as duas sub-amostras em particular, a média varia entre o mínimo de 2,10 e o máximo de 3,55, ou seja, oscila entre “discordo” e “concordo” (na escala de 1 a 5). Apesar de os inquiridos ‘com filhos’ e ‘sem filhos’ “discordarem” da imagem ‘incompetência relacional e cognitiva’, são os que têm filhos quem apresenta valores superiores (Quadro 46). Em relação à imagem ‘dependência física e emocional e antiquado’, os que não têm filhos “não concordam nem discordam” e os que têm filhos “concordam”. No que concerne à imagem de ‘maturidade relacional e cognitiva’ todos os inquiridos “não concordam nem discordam” da mesma, não havendo diferenças significativas.

**Quadro 46 - Imagens do envelhecimento e da velhice (escala ImAge): inquiridos com e sem filhos**

Filhos	Factores		
	F1 – Incompetência relacional e cognitiva	F2 – Dependência física e emocional e antiquado	F3 – Maturidade relacional e cognitiva
<b>Sem filhos</b>			
n	257	264	265
Média	2,10	3,39	3,44
Desvio Padrão	0,57	0,64	0,57
Mínimo	1	1,43	1,83
Máximo	3,92	4,71	5
<b>Com filhos</b>			
n	501	509	518
Média	2,39	3,55	3,43
Desvio Padrão	0,66	0,70	0,59
Mínimo	1	1	1,83
Máximo	5	5	5
<b>Total</b>			
N	758	773	783
Média	2,29	3,49	3,43
Desvio Padrão	0,65	0,69	0,58
Mínimo	1	1	1,83
Máximo	5	5	5

No Quadro 47 podem observar-se os resultados dos inquiridos que trabalha(r)a(m) ou não com pessoas idosas e dos que não trabalha(r)a(m) com pessoas idosas. Tendo em conta todas as dimensões e as duas sub-amostras em particular, a média varia entre o mínimo de 2,28 e o máximo de 3,57, ou seja, oscila entre “discordo” e “concordo” (na escala de 1 a 5).

Em ambas as sub-amostras o factor que apresenta a média superior é o da ‘dependência física e emocional e antiquado’, associado a “não concordo nem discordo” e a “concordo”. Segue-se o factor ‘maturidade relacional e cognitiva’, da qual ambas as sub-amostra manifestam “não discordar nem concordar”. Por fim, o factor ‘incompetência relacional e cognitiva’ surge associado ao “discordo”, e também em ambas as sub-amostras.

Em termos estatísticos, não há diferenças significativas entre os três factores, o que leva a considerar-se que, consoante se tenha ou não trabalhado com pessoas idosas, as imagens do envelhecimento e da velhice são similares.

**Quadro 47 - Imagens do envelhecimento e da velhice (escala ImAge): trabalhar ou não com pessoas idosas**

Trabalho com pessoas idosas	Factores		
	F1 – Incompetência relacional e cognitiva	F2 – Dependência física e emocional e antiquado	F3 – Maturidade relacional e cognitiva
<b>Não trabalhou</b>			
n	557	566	577
Média	2,28	3,46	3,44
Desvio Padrão	0,66	0,68	0,58
Mínimo	1	1,57	1,83
Máximo	5	5	5
<b>Trabalhou</b>			
n	191	197	196
Média	2,31	3,57	3,43
Desvio Padrão	0,63	0,69	0,59
Mínimo	1	1,43	1,83
Máximo	4,50	5	5
<b>Sem resposta</b>			
n	10	10	10
Média	2,40	3,03	3,23
Desvio Padrão	0,75	0,93	0,74
Mínimo	1	1	2,17
Máximo	3,58	4,29	4
<b>Total</b>			
N	758	773	783
Média	2,29	3,49	3,43
Desvio Padrão	0,65	0,69	0,58
Mínimo	1	1	1,83
Máximo	5	5	5

Em seguida apresentam-se os resultados considerando a freguesia de residência: rural ou urbana (Quadro 48). Tendo em conta todas as dimensões e as duas sub-amostras em particular, a média varia entre o mínimo de 2,24 e o máximo de 3,52, ou seja, oscila entre “discordo” e “concordo” (na escala de 1 a 5).

Na sub-amostra residência em ‘freguesia rural’, os inquiridos tendem a “não concordar nem discordar” desta imagem, enquanto que na residência em ‘freguesia urbana’ tendem a “concordar”. Em ambas as sub-amostras a segunda média superior foi a do factor ‘maturidade relacional e cognitiva’, “não concordando nem discordando” desta imagem. Em relação ao factor

'incompetência relacional e cognitiva', ambas as sub-amostras "discordam" desta imagem.

Em termos estatísticos, não há diferenças significativas entre os três factores, o que leva a considerar-se que, consoante a freguesia de residência, as imagens do envelhecimento e da velhice são similares.

**Quadro 48 - Imagens do envelhecimento e da velhice (escala ImAge): freguesia de residência**

Freguesia	Factores		
	F1 – Incompetência relacional e cognitiva	F2 – Dependência física e emocional e antiquado	F3 – Maturidade relacional e cognitiva
<b>Rural</b>			
n	376	388	389
Média	2,34	3,52	3,41
Desvio Padrão	0,64	0,69	0,61
Mínimo	1	1,43	1,83
Máximo	5	5	5
<b>Urbana</b>			
n	382	385	394
Média	2,24	3,45	3,46
Desvio Padrão	0,66	0,69	0,56
Mínimo	1	1	1,83
Máximo	4,50	4,86	5
<b>Total</b>			
N	758	773	783
Média	2,29	3,49	3,43
Desvio Padrão	0,65	0,69	0,58
Mínimo	1	1	1,83
Máximo	5	5	5

### 1.1. Grupos de imagens do envelhecimento e da velhice

Para se compreender a interacção entre os factores e a formação de grupos de imagens do envelhecimento e da velhice, procedeu-se à análise de clusters (K-means, squared Euclidean distance) (Quadro 49). Nesta fase do estudo, optou-se por simplificar a análise concentrando-a em quatro grupos etários (13-27 anos, 33-47 anos, 53-67 anos e 73-87 anos). Considerou-se o agrupamento de duas faixas etárias próximas (13-17 e 23-27 anos; 33-37 e 43-47 anos; 53-57 e 63-67 anos e 73-77 e 83-87 anos). Apesar de os inquiridos de um dos grupos etários poderem situar-se em

diferentes fases da vida (aos 15 anos tende-se a estar no ensino secundário e aos 25 anos no mercado de trabalho), fazem parte de duas gerações que, em termos culturais, sociais e de valores da sociedade em muito se aproximam. Essa identificação acaba por resultar numa aproximação de posicionamentos e de posturas dos inquiridos, perspectiva que se considerou relevante para este estudo.

**Quadro 49 – Clusters de imagens do envelhecimento e da velhice**

Factores (médias)	Clusters		
	C1 – Forte incompetência e dependência e maturidade (n=161)	C2 – Competência, independência e maturidade (n=207)	C3 – Incompetência, dependência e maturidade (n=311)
<b>F1 – Incompetência relacional e cognitiva (2,29)</b>	3,18 (++)	1,67 (-)	2,29 (=)
<b>F2 – Dependência física e emo- cional e antiquado (3,49)</b>	4,17 (+)	2,90 (-)	3,67 (+-)
<b>F3 – Maturidade relacional e cognitiva (3,43)</b>	3,31 (+-)	3,62 (+)	3,38 (=)

Nota: os sinais (-), (-), (=), (+) e (++) pretendem ajudar a comparar cada média com a média global do factor.

Foram identificados três clusters através dessa análise. O cluster 1 ('forte incompetência e dependência e maturidade'), que implica 23,7% dos sujeitos da amostra total; o cluster 2 ('competência, independência e maturidade') que abrange 30,5%; e o cluster 3 ('incompetência e dependência e maturidade') que envolve 45,8%. Pode constatar-se que o cluster 1, que espelha uma imagem negativa mais forte em relação à velhice e ao envelhecimento, é aquele engloba um menor número de sujeitos. Em relação ao cluster 3, também de natureza negativa mas moderada, compreende quase metade dos sujeitos. Ou seja, 69,5% dos inquiridos (n=472) manifestam imagens essencialmente negativas, sejam moderadas ou fortes, associando a velhice e o envelhecimento à incompetência, dependência, com a presença da maturidade. Por fim, cerca de um terço da amostra (n=161) manifesta uma imagem positiva do envelhecimento e da velhice, onde considera a presença de competência, independência e maturidade.

Quanto comparado o cluster 1 ('forte incompetência e dependência e maturidade') com o cluster 2 ('competência, independência e maturidade'), encontram-se diferenças significativas no factor 1 ( $t=35,349$ ;  $p<0,001$ ), no factor 2 ( $t=26,879$ ;  $p<0,001$ ) e no factor 3 ( $t=-5,149$ ;  $p<0,001$ ). Quando comparado com o

cluster 3 ('incompetência e dependência e maturidade'), encontram-se diferenças significativas no factor 1 ( $t=21,665$ ;  $p<0,001$ ) e no factor 2 ( $t=12,537$ ;  $p<0,001$ ). Em relação ao cluster 2 ('competência, independência e maturidade'), quando comparado com o cluster 3 ('incompetência e dependência e maturidade'), encontram-se diferenças significativas no factor 1 ( $t=-21,462$ ;  $p<0,001$ ), no factor 2 ( $t=-18,523$ ;  $p<0,001$ ) e no factor 3 ( $t=4,936$ ;  $p<0,001$ ).

Com base nas frequências observadas e esperadas, procurou compreender-se como é que os sujeitos se distribuem pelos três clusters segundo o grupo etário, género, escolaridade, situação profissional, estado civil, ter ou não filhos, trabalho com pessoas idosas e freguesia de residência.

**Quadro 50 – Clusters versus grupo etário**

Grupo etário	Clusters					
	C1 – Forte incompetência e dependência e maturidade (n=161)		C2 – Competência, independência e maturidade (n=207)		C3 – Incompetência e dependência e maturidade (n=311)	
	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas
<b>13-27 anos</b>	15 (-)	41,3	75 (+)	53	84 (+)	79,7
<b>33-47 anos</b>	19 (-)	37,7	69 (+)	48,5	71 (=)	72,8
<b>53-67 anos</b>	41 (=)	38,2	34 (-)	49,1	86 (+)	73,7
<b>73-87 anos</b>	86 (+)	43,9	29 (-)	56,4	70 (-)	84,7

Nota: os sinais (-), (=) e (+) pretendem ajudar a comparar as frequências esperadas e observadas

No que diz respeito aos inquiridos por grupos etários, verifica-se que (Quadro 50):

- O grupo '13-27 anos' manifesta frequências observadas superiores às esperadas no cluster 2 ('competência, independência e maturidade') e cluster 3 ('incompetência e dependência e maturidade'). Por outro lado, existe uma frequência observada inferior à esperada no cluster 1 ('forte incompetência e dependência e maturidade').
- O grupo '33-47 anos' apresenta uma frequência observada superior à esperada no cluster 2 ('competência, independência e maturidade') e uma frequência observada inferior à esperada no cluster 1 ('forte incompetência e dependência e maturidade').

- O grupo '53-67 anos' apresenta uma frequência observada superior à esperada no cluster 3 ('incompetência e dependência e maturidade') e uma frequência observada inferior à esperada no cluster 1 ('forte incompetência e dependência e maturidade').
- O grupo '73-87 anos' manifesta uma frequência observada superior à esperada no cluster 1 ('forte incompetência e dependência e maturidade') e uma frequência observada inferior à esperada no cluster 2 ('competência, independência e maturidade') e cluster 3 ('incompetência e dependência e maturidade').
- O cluster 1 ('forte incompetência e dependência e maturidade'), tende a ocorrer com mais frequência entre os mais velhos ('73-87 anos'). Em relação ao cluster 2 ('competência, independência e maturidade') tende a ocorrer com mais frequência entre os dois primeiros grupos etários ('13-27 anos' e '33-47 anos'). O cluster 3 ('incompetência e dependência e maturidade') tende a ocorrer com mais frequência nos grupos etários '13-27 anos' e '53-77 anos'.

Quadro 51 – Clusters versus género

Género	Clusters					
	C1 – Forte incompetência e dependência e maturidade (n=161)		C2 – Competência, independência e maturidade (n=207)		C3 – Incompetência e dependência e maturidade (n=311)	
	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas
<b>Feminino</b>	96 (+)	81,8	101 (-)	105,2	148 (-)	158
<b>Masculino</b>	65 (-)	79,2	106 (+)	101,8	163 (+)	153

Nota: os sinais (-), (=) e (+) pretendem ajudar a comparar as frequências esperadas e observadas

No que diz respeito ao género dos inquiridos, verifica-se que (Quadro 51):

- O 'género feminino' apresenta uma frequência observada superior à esperada no cluster 1 ('forte incompetência e dependência e maturidade') e uma frequência observada inferior à esperada no cluster 2 ('competência, independência e maturidade') e cluster 3 ('incompetência e dependência e maturidade').



- O 'género masculino' manifesta frequências observadas superiores às esperadas no cluster 2 ('competência, independência e maturidade') e cluster 3 ('incompetência e dependência e maturidade'). Também apresenta uma frequência observada inferior à esperada no cluster 1 ('forte incompetência e dependência e maturidade').

**Quadro 52 – Clusters versus escolaridade**

Escolaridade	Clusters					
	C1 – Forte incompetência e dependência e maturidade (n=161)		C2 – Competência, independência e maturidade (n=207)		C3 – Incompetência e dependência e maturidade (n=311)	
	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas
<b>Analf./1ºCEB</b>	131 (+)	85,4	72 (-)	109,7	157 (-)	164,9
<b>2º, 3º CEB</b>	21 (-)	37	57 (+)	47,6	78 (+)	71,5
<b>Ensino secund.</b>	7 (-)	27,3	51 (+)	35,1	57 (=)	52,7
<b>Ensino superior</b>	2 (-)	11,4	27 (+)	14,6	19 (=)	22

Nota: os sinais (-), (=) e (+) pretendem ajudar a comparar as frequências esperadas e observadas

No que diz respeito à escolaridade dos inquiridos, verifica-se que (Quadro 52):

- Os que são 'analfabetos/1º CEB' apresentam uma frequência observada superior à esperada no cluster 1 ('forte incompetência e dependência e maturidade').
- Os que possuem o '2º, 3º CEB' manifestam frequências observadas superiores às esperadas no cluster 2 ('competência, independência e maturidade') e no cluster 3 ('incompetência e dependência e maturidade').
- Os que possuem o 'ensino secundário' e 'ensino superior' têm uma frequência observada superior à esperada no cluster 2 ('competência, independência e maturidade').
- Em relação ao cluster 1 ('forte incompetência e dependência e maturidade'), são os inquiridos dos últimos três grupos – '2º, 3º CEB', 'ensino

secundário' e 'ensino superior' – quem apresenta frequências observadas inferiores às esperadas.

**Quadro 53 – Clusters versus situação profissão**

Situação profissional	Clusters					
	C1 – Forte incompetência e dependência e maturidade (n=161)		C2 – Competência, independência e maturidade (n=207)		C3 – Incompetência e dependência e maturidade (n=311)	
	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas
<b>Desempregado</b>	1 (-)	4,3	7 (=)	5,5	10 (=)	8,2
<b>Doméstica</b>	25 (+)	14,7	11 (-)	18,9	26 (=)	28,4
<b>Empregado</b>	44 (-)	66,6	110 (+)	85,7	128 (=)	128,7
<b>Estudante</b>	8 (-)	25,4	45 (+)	32,6	54 (+)	49
<b>Reformado</b>	82 (+)	49,3	33 (-)	63,4	93 (=)	95,3

Nota: os sinais (-), (=) e (+) pretendem ajudar a comparar as frequências esperadas e observadas

No que diz respeito à situação profissional dos inquiridos, verifica-se que (Quadro 53):

- Em relação aos 'desempregados' não se observam tendências no cluster 2 ('competência, independência e maturidade') e no cluster 3 ('incompetência e dependência e maturidade'), uma vez que as frequências observadas são similares às esperadas. Já no cluster 1 ('forte incompetência e dependência e maturidade'), têm uma frequência observada inferior à esperada.
- As 'domésticas' apresentam frequências observadas superiores no cluster 1 ('forte incompetência e dependência e maturidade') e inferiores no cluster 2 ('competência, independência e maturidade').
- Os 'empregados' apresentam frequências observadas superiores às esperadas em relação ao cluster 2 ('competência, independência e maturidade') e ao cluster 3 ('incompetência e dependência e maturidade').

- Os 'estudantes' manifestam frequências observadas superiores às esperadas no cluster 2 ('competência, independência e maturidade') e cluster 3 (forte incompetência e dependência e maturidades). Por outro lado, existe uma frequência observada inferior à esperada no cluster 1 ('forte incompetência e dependência e maturidade').
- Os 'reformados' apresentam frequências observadas superiores às esperadas no cluster 1 ('forte incompetência e dependência e maturidade') e uma frequência observada inferior à esperada no cluster 2 ('competência, independência e maturidade').
- De referir que no cluster 3 ('incompetência e dependência e maturidade'), em todos os inquiridos excepto nos 'estudantes', não se observam tendências, as frequências observadas são similares às esperadas.

**Quadro 54 – Clusters versus estado civil**

Estado civil	Clusters					
	C1 – Forte incompetência e dependência e maturidade (n=161)		C2 – Competência, independência e maturidade (n=207)		C3 – Incompetência e dependência e maturidade (n=311)	
	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas
<b>Casado</b>	83 (-)	87,7	112 (=)	112,8	175 (+)	169,5
<b>Divorciado</b>	6 (=)	5,5	6 (=)	7	11 (=)	10,5
<b>Solteiro</b>	19 (-)	44,1	81 (+)	56,7	86 (=)	85,2
<b>Viúvo</b>	53 (+)	23,7	8 (-)	30,5	39 (-)	45,8

Nota: os sinais (-), (=) e (+) pretendem ajudar a comparar as frequências esperadas e observadas

No que diz respeito ao estado civil dos inquiridos, verifica-se que (Quadro 54):

- Os 'casados' apresentam uma frequência observada superior à esperada no cluster 1 ('forte incompetência e dependência e maturidade'), e uma frequência observada inferior à esperada no cluster 2 ('competência, independência e maturidade').
- Os 'divorciados' não manifestam tendências, uma vez que as frequências observadas são similares às esperadas.

- Os 'solteiros' apresentam uma frequência observada superior à esperada no cluster 2 ('competência, independência e maturidade') e uma frequência observada inferior à esperada no cluster 1 ('forte incompetência e dependência e maturidade').
- Os 'viúvos' têm uma frequência observada superior à esperada no cluster 1 ('forte incompetência e dependência e maturidade') e frequências observadas inferiores às esperadas no cluster 2 ('competência, independência e maturidade') e cluster 3 ('incompetência e dependência e maturidade').

Quadro 55 – Clusters versus inquiridos com e sem filhos

Filhos	Clusters					
	C1 – Forte incompetência e dependência e maturidade (n=161)		C2 – Competência, independência e maturidade (n=207)		C3 – Incompetência e dependência e maturidade (n=311)	
	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas
<b>Não</b>	30 (-)	55	97 (+)	70,7	105 (=)	106,3
<b>Sim</b>	131 (+)	106	110 (-)	136,3	206 (=)	204,7

Nota: os sinais (-), (=) e (+) pretendem ajudar a comparar as frequências esperadas e observadas

No que diz respeito aos inquiridos com e sem filhos, verifica-se que (Quadro 55):

- Os inquiridos 'sem filhos' apresentam uma frequência observada superior à esperada no cluster 2 ('competência, independência e maturidade') e uma frequência observada inferior à esperada no cluster 1 ('forte incompetência e dependência e maturidade').
- Os inquiridos 'com filhos' manifestam uma frequência observada superior à esperada no cluster 1 ('forte incompetência e dependência e maturidade') e uma frequência observada inferior à esperada no cluster 2 ('competência, independência e maturidade').
- Em todos os inquiridos, tenham ou não filhos, não se observam tendências no cluster 3 ('incompetência e dependência e maturidade'), dado que as frequências observadas são similares às esperadas.

**Quadro 56 – Clusters versus inquiridos que trabalharam ou não com pessoas idosas**

Trabalho com pessoas idosas	Clusters					
	C1 – Forte incompetência e dependência e maturidade (n=161)		C2 – Competência, independência e maturidade (n=207)		C3 – Incompetência e dependência e maturidade (n=311)	
	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas
<b>Não</b>	115 (-)	118,6	159 (+)	152,4	226 (-)	229
<b>Sim</b>	44 (+)	41	48 (-)	52,7	81 (=)	79,2

Nota: os sinais (-), (=) e (+) pretendem ajudar a comparar as frequências esperadas e observadas

No que diz respeito aos inquiridos que trabalharam ou não com pessoas idosas, verifica-se que (Quadro 56):

- Os que 'não trabalha(r)a(m) com pessoas idosas' apresentam uma frequência observada superior à esperada no cluster 2 ('competência, independência e maturidade') e frequências observadas inferiores às esperadas no cluster 1 ('forte incompetência e dependência e maturidade') e cluster 3 ('incompetência e dependência e maturidade').
- Os que 'trabalha(r)a(m) com pessoas idosas' manifestam uma frequência observada superior à esperada no cluster 1 ('forte incompetência e dependência e maturidade') e uma frequência observada inferior à esperada no cluster 2 ('competência, independência e maturidade').

**Quadro 57 – Clusters versus freguesia de residência**

Freguesia	Clusters					
	C1 – Forte incompetência e dependência e maturidade (n=161)		C2 – Competência, independência e maturidade (n=207)		C3 – Incompetência e dependência e maturidade (n=311)	
	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas
<b>Rural</b>	87 (+)	80,6	96 (-)	103,7	157 (=)	155,7
<b>Urbana</b>	74 (-)	80,4	111 (+)	103,3	154 (=)	155,3

Nota: os sinais (-), (=) e (+) pretendem ajudar a comparar as frequências esperadas e observadas

No que diz respeito à freguesia de residência dos inquiridos, verifica-se que (Quadro 57):

- Os residentes em 'freguesia rural' apresentam uma frequência observada superior à esperada no cluster 1 ('forte incompetência e dependência e maturidade') e uma frequência observada inferior à esperada no cluster 2 ('competência, independência e maturidade').
- Os residentes em 'freguesia urbana' manifestam uma frequência observada superior à esperada no cluster 2 ('competência, independência e maturidade') e uma frequência observada inferior à esperada no cluster 1 ('forte incompetência e dependência e maturidade').
- Em todos os inquiridos, residam em 'freguesia rural' ou 'urbana', não se observam tendências no cluster 3 ('incompetência e dependência e maturidade'), dado que as frequências observadas são similares às esperadas.

## 2. Imagens da preparação de um envelhecimento bem sucedido

Em relação à amostra global, os inquiridos apresentam uma média superior nos factores 'viver o quotidiano com gosto' (4,37) e 'promover o bem-estar' (4,35), seguidos pelos 'ser pró-activo' (3,96) e 'ocupar os tempos livres' (3,92). Em todas estas quatro imagens os inquiridos tendem a "concordar". O factor 'ter projectos de vida' (3,42) é o que surge com a média inferior em relação aos restantes, e indica que os inquiridos manifestam "nem concordar nem discordar" desta imagem. Este factor apresenta diferenças estatisticamente significativas com o factor 5 (ser pró-activo) ( $t=-16,612$ ;  $p<0,001$ ).

No sentido de avaliar as diferenças estatisticamente significativas entre os cinco factores das imagens da preparação de um envelhecimento bem sucedido, recorreu-se ao cálculo do teste  $t$  para comparação de médias. Este procedimento implicou um nível de significância que teve como critério  $p<0,05$  (sendo  $p<0,001$  altamente significativo). Quando se recorreu a comparações múltiplas, procedeu-se à correcção de Bonferroni, cujo nível de significância utilizado foi  $\alpha=0,05/n.^{\circ}$  de comparações efectuadas (Murteira et al., 2002).

Encontram-se diferenças estatisticamente significativas entre:

- O factor 1 (viver o quotidiano com gosto) e os factores 3 (ocupar os tempos livres) ( $t=23,051$ ;  $p<0,001$ ), 4 (ter projectos de vida) ( $t=30,115$ ;  $p<0,001$ ) e 5 (ser pró-activo) ( $t=20,267$ ;  $p<0,001$ );
- O factor 2 (promover o bem-estar) e os factores 3 (ocupar os tempos livres) ( $t=20,192$ ;  $p<0,001$ ), 4 (ter projectos de vida) ( $t=29,610$ ;  $p<0,001$ ) e 5 (ser pró-activo) ( $t=18,876$ ;  $p<0,001$ );
- O factor 3 (ocupar os tempos livres) e o factor 4 (ter projectos de vida) ( $t=17,023$ ;  $p<0,001$ ).

No

Quadro 58 apresentam-se os dados relativos à escala ImPreVe para a amostra global e cada uma das oito sub-amostras etárias.

Tendo em conta todas as dimensões e as oito sub-amostras em particular, a média varia entre o mínimo de 3,42 e o máximo de 4,37, ou seja, oscila entre “nem concordo nem discordo” e “concordo” (numa escala de 1 a 5).

A análise dos dados permite constatar que o factor 1, *‘viver o quotidiano com gosto’*, além de apresentar a média superior na amostra global, é o que apresenta médias superiores nas sub-amostras *‘13-17 anos’*, *‘23-27 anos’*, *‘33-37 anos’*, *‘53-57 anos’* e *‘73-77 anos’* em relação aos outros factores. Todos os inquiridos das oito sub-amostras tendem a “concordar” com esta imagem (a média varia entre o mínimo de 4,24 e o máximo de 4,44, numa escala de 1 a 5), mas são os das sub-amostras *‘13-17 anos’* e *‘83-87 anos’* quem apresenta os valores mais elevados. Verifica-se uma ligeira tendência decrescente desde os *‘13-17 anos’* aos *‘43-47 anos’*, e um ligeiro crescendo desde os *‘63-67 anos’* aos *‘83-87 anos’*. O que pode significar que à medida que se vai chegando à meia-idade o viver o quotidiano com gosto perde importância (talvez devido à azáfama do trabalho e família) e que a partir da 3ª idade se passe a valorizar novamente esta imagem (quando se reforma, os filhos já estão criados e já se viveu para se diferenciar o que é ou não importante). São os inquiridos com *‘43-47 anos’* quem menos valoriza este facto, o que pode justificar-se pelo facto de ainda estarem a lutar pela ascensão na carreira profissional. Neste factor não se encontram diferenças estatisticamente significativas.

No que diz respeito ao factor 2, *‘promover o bem-estar’*, todas as sub-amostras “concordam” com esta imagem (a média varia entre o mínimo de 4,26 e o máximo de 4,47, numa escala de 1 a 5), mas é a de *‘83-87 anos’*, seguida pela de *‘63-67 anos’* que apresenta a média mais elevada e as de *‘33-37 anos’* e *‘43-47 anos’*, uma média mais baixa. Quando comparado com os restantes quatro factores, este é o que surge com o valor mais elevado nas sub-amostras de *‘43-47 anos’*, *‘63-67 anos’* e *‘83-87 anos’*. Ou seja, os inquiridos destas faixas etárias atribuem-lhe mais



importância na preparação para um envelhecimento bem sucedido. Neste factor não se encontram diferenças estatisticamente significativas.

Em relação ao factor 3, '*ocupar os tempos livres*', verifica-se de novo a unanimidade de opinião, em que todos os inquiridos "concordam" com esta imagem: a média varia entre o mínimo de 3,80 e o máximo de 4,02 (numa escala de 1 a 5). São novamente os mais velhos quem apresenta o valor mais elevado, '83-87 anos', seguidos pelos com '23-27 anos'. Por outro lado, quem apresenta o valor mais baixo são os inquiridos com '33-37 anos'. Neste factor não se encontram diferenças estatisticamente significativas.

O factor 4, '*ter projectos de vida*', é o que apresenta uma média inferior na amostra global e quando comparado com os restantes. É também o que apresenta uma média inferior em todas as sub-amostras; tendo em conta todas as dimensões e as oito sub-amostras em particular, a média varia entre o mínimo de 3,21 e o máximo de 3,70 (numa escala de 1 a 5), ou seja, oscila entre "nem concordo nem discordo" e "concordo". Deste modo, os inquiridos manifestam diferentes perspectivas desta imagem: com '23-27 anos', '33-37 anos', '43-47 anos', '63-67 anos' e '73-77 anos' tendem a "não concordar nem discordar", mas os com '13-17 anos', '53-57 anos' e '83-87 anos' "concordam" com ela. São os inquiridos que se situam nas sub-amostras mais nova e mais velha os que mais realçam a sua importância.

Encontram-se diferenças estatisticamente significativas entre:

- A sub-amostra '33-37 anos' e a '83-87 anos' ( $t=-3,665$ ;  $p<0,001$ ). Os inquiridos da primeira sub-amostra tendem a "não concordar nem discordar" enquanto que os da segunda a "concordar" com esta imagem. Com alguma probabilidade, justifica-se por os inquiridos mais velhos já terem passado o meio do seu ciclo de vida ou se encontrarem perto do final, constatando que ter projectos de vida os ajudou ou ajudaria a fazer uma melhor preparação para a velhice.

Todos os inquiridos "concordam" com o factor 5, '*ser pró-activo*', sendo os de '23-27 anos' os que apresentam o valor mais baixo e os de '83-87 anos' o valor mais elevado nesta imagem. Tendo em conta todas as dimensões e as oito sub-amostras

em particular, a média varia entre o mínimo de 3,69 e o máximo de 4,26 (numa escala de 1 a 5).

Encontram-se diferenças estatisticamente significativas entre:

- A sub-amostra '13-17 anos' e as '63-67 anos' ( $t=-4,712$ ;  $p<0,001$ ), '73-77 anos' ( $t=-4,073$ ;  $p<0,001$ ) e '83-87 anos' ( $t=-4,977$ ;  $p<0,001$ ). Todos os inquiridos tendem a "concordar" com esta imagem, mas é a sub-amostra '13-17 anos' a que apresenta valores inferiores e a '83-87 anos' valores superiores, seguido da '63-67 anos'. O facto de os inquiridos com '13-17 anos' ainda não terem muita experiência de vida, pode levar a que não sintam ainda o que significa este conceito.
- A sub-amostra '23-27 anos' e a '63-67 anos' ( $t=-6,621$ ;  $p<0,001$ ), a '73-77 anos' ( $t=-5,923$ ;  $p<0,001$ ) e a '83-87 anos' ( $t=-6,694$ ;  $p<0,001$ ). Todos os inquiridos tendem a "concordar" com esta imagem, mas é a sub-amostra '23-27 anos' a que apresenta valores inferiores. A de '83-87 anos', seguida da de '63-67 anos', apresentam valores superiores. O facto de os inquiridos com '23-27 anos' ainda não terem muita experiência de vida, pode levar a que não sintam ainda o que significa este conceito. São os inquiridos que já viveram mais de metade do seu ciclo de vida ou que já se encontram perto do final, quem valoriza mais esta ideia, talvez constatando que os ajudou ou ajudaria a fazer uma melhor preparação para a velhice.
- A sub-amostra '33-37 anos' e as '63-67 anos' ( $t=-5,683$ ;  $p<0,001$ ), '73-77 anos' ( $t=-4,949$ ;  $p<0,001$ ) e '83-87 anos' ( $t=-5,797$ ;  $p<0,001$ ). Todos os inquiridos tendem a "concordar" com esta imagem, mas é a sub-amostra '33-37 anos', seguida da de '73-77 anos', as que apresentam valores inferiores. A de '83-87 anos', seguida da '63-67 anos', apresentam valores superiores. A possível justificação será a mesma da acima apresentada.
- A sub-amostra '43-47 anos' e a '63-67 anos' ( $t=-4,953$ ;  $p<0,001$ ), a '73-77 anos' ( $t=-4,413$ ;  $p<0,001$ ) e a '83-87 anos' ( $t=-5,221$ ;  $p<0,001$ ). Todos os inquiridos tendem a "concordar" com esta imagem, mas é a sub-amostra '43-47 anos' a que apresenta valores inferiores. As de '83-87 anos', seguida da '63-67 anos', apresentam valores superiores. A justificação será a mesma que a apresentada para as duas anteriores.

**Quadro 58 - Imagens da preparação para a velhice (escala ImPreVe): amostra e sub-amostras por grupo etário**

Grupo etário	Factores				
	F1 – Viver o quotidiano com gosto	F2 – Promover o bem-estar	F3 – Ocupar os tempos livres	F4 – Ter projectos de vida	F5 – Ser pró-activo
<b>13-17 anos</b>					
n	100	100	99	100	97
Média	4,44	4,36	3,89	3,55	3,85
Desvio Padrão	0,50	0,47	0,65	0,84	0,57
Mínimo	2,63	2,67	1,75	1	2,25
Máximo	5	5	5	5	5
<b>23-27 anos</b>					
n	100	98	98	99	100
Média	4,41	4,32	4,01	3,23	3,69
Desvio Padrão	0,40	0,45	0,51	0,80	0,61
Mínimo	3,63	2,83	3	1,33	1,75
Máximo	5	5	5	5	5
<b>33-37 anos</b>					
n	99	97	100	100	96
Média	4,33	4,26	3,80	3,21	3,80
Desvio Padrão	0,41	0,47	0,57	0,62	0,51
Mínimo	3,25	2,83	2,25	1,33	2,50
Máximo	5	5	5	5	5
<b>43-47 anos</b>					
n	100	99	100	100	99
Média	4,24	4,28	3,85	3,36	3,77
Desvio Padrão	0,56	0,59	0,67	0,92	0,72
Mínimo	1,88	2	2	1	2
Máximo	5	5	5	5	5
<b>53-57 anos</b>					
n	99	98	99	98	99
Média	4,41	4,37	3,97	3,52	3,96

Desvio Padrão	0,49	0,54	0,61	0,73	0,63
Mínimo	2,88	2,83	1,75	2	2
Máximo	5	5	5	5	5

Grupo etário	Factores				
	F1 – Viver o quotidiano com gosto	F2 – Promover o bem-estar	F3 – Ocupar os tempos livres	F4 – Ter projectos de vida	F5 – Ser pró-activo
<b>63-67 anos</b>					
n	97	98	97	97	100
Média	4,36	4,40	3,86	3,38	4,20
Desvio Padrão	0,41	0,48	0,62	0,87	0,46
Mínimo	3,13	3	2	1	2,50
Máximo	5	5	5	5	5
<b>73-77 anos</b>					
n	97	98	97	96	97
Média	4,37	4,33	3,94	3,42	4,16
Desvio Padrão	0,43	0,45	0,58	0,92	0,50
Mínimo	2,75	3	2	1	3
Máximo	5	5	5	5	5
<b>83-87 anos</b>					
n	98	97	93	98	98
Média	4,43	4,47	4,02	3,70	4,26
Desvio Padrão	0,47	0,53	0,81	1,17	0,59
Mínimo	2,75	2,50	1	1	2,50
Máximo	5	5	5	5	5
<b>Total</b>					
N	790	785	783	788	786
Média	4,37	4,35	3,92	3,42	3,96
Desvio Padrão	0,46	0,50	0,63	0,88	0,61
Mínimo	1,88	2	1	1	1,75
Máximo	5	5	5	5	5

Calcularam-se as correlações entre os cinco factores e a idade (Quadro 59). Verificam-se correlações moderadas e positivas entre factor 'ser pró-activo' e a idade. De modo geral, à medida que os inquiridos vão ficando mais velhos a média

neste factor tende a aumentar. Nos restantes factores não se encontram correlações com a idade significativas.

**Quadro 59 – Correlações ImPreve versus idade**

	Factores				
	F1 – Viver o quotidiano com gosto	F2 – Promover o bem-estar	F3 – Ocupar os tempos livres	F4 – Ter projectos de vida	F5 – Ser pró-activo
<b>Idade</b>					
Correlação de Pearson	0,001	0,070*	0,40	0,084*	0,296**
Significância (p)	0,982	0,049	0,266	0,019	0,000

\*p&lt;0,05; \*\*p&lt;0,01

Em relação aos géneros dos inquiridos, ambas as sub-amostras apresentam uma médias superior no factor 'viver o quotidiano com gosto' e uma média inferior no ter 'projectos de vida' (Quadro 60). A hipótese de igualdade de médias é rejeitada em todos os factores. Nas imagens 'viver o quotidiano com gosto', "promover bem-estar físico e emocional", 'ocupar os tempos livres' e 'ser pró-activo' (F1 (t=2,851; p=0,004); F2 (t=3,452; p≤0,001); F3 (t=2,443; p=0,015); F5 (t=3,329; p≤0,001), o género feminino tende a apresentar valores superiores aos do masculino, apesar de ambos "concordarem" com as mesmas. Na imagem 'ter projectos de vida' (F4 t=-2,407; p=0,016) é o género masculino que apresenta valores superiores, ao "concordar", enquanto que o feminino "não concorda nem discorda" com esta imagem.

**Quadro 60 - Imagens da preparação de um envelhecimento bem sucedido (escala ImPreVe): género**

Género	Factores				
	F1 – Viver o quotidiano com gosto	F2 – Promover o bem-estar	F3 – Ocupar os tempos livres	F4 – Ter projectos de vida	F5 – Ser pró-activo
<b>Feminino</b>					
n	412	410	409	410	408
Média	4,42	4,41	3,97	3,35	4,03
Desvio Padrão	0,42	0,47	0,64	0,89	0,58
Mínimo	2,75	2,50	1	1	2
Máximo	5	5	5	5	5
<b>Masculino</b>					
n	378	375	374	378	378
Média	4,33	4,28	3,86	3,50	3,89
Desvio Padrão	0,50	0,53	0,62	0,86	0,64
Mínimo	1,88	2	1,75	1	1,75
Máximo	5	5	5	5	5

Género	Factores				
	F1 – Viver o quotidiano com gosto	F2 – Promover o bem-estar	F3 – Ocupar os tempos livres	F4 – Ter projectos de vida	F5 – Ser pró-activo
<b>Total</b>					
N	790	785	783	788	786
Média	4,37	4,35	3,92	3,42	3,96
Desvio Padrão	0,46	0,50	0,63	0,88	0,61
Mínimo	1,88	2	1	1	1,75
Máximo	5	5	5	5	5

Passam-se a analisar os resultados relacionados com a escolaridade dos inquiridos (Quadro 61). Na sub-amostra 'analfabeto/1º CEB', o factor que apresenta a média superior é o 'promover o bem-estar', enquanto que nas restantes sub-amostras, é o factor 'viver o quotidiano com gosto'. Em ambas as imagens os inquiridos "concordam" com esses factores. É no factor 'ter projectos de vida', que todas as sub-amostras apresentam a média inferior, "não concordando nem discordando" desta imagem. De referir que em todos os cinco factores os inquiridos de todas as sub-amostras tendem a manifestar a mesma opinião. Ou seja, também nos restantes quatro factores convergem, "concordando" quanto às imagens 'viver o quotidiano com gosto', 'promover o bem-estar', ocupar os tempos livres" e 'ser pró-activo'. Em relação a esta última imagem, no entanto, verifica-se que quanto maior for o grau de escolaridade, mais os inquiridos tendem a manifestar valores mais baixos. Também quando se compara a sub-amostra 'ensino secundário' com a do 'ensino superior', constata-se a tendência para uma ligeira diminuição da média de todos os factores.

Quando se analisam os resultados da sub-amostra 'analfabeto/1º CEB', esta apresenta diferenças significativas no factor 'ser pró-activo', quando comparada com a sub-amostra '2º, 3º CEB' ( $t=3,230$ ;  $p\leq 0,001$ ). Os inquiridos "concordam" com esta imagem, mas a sub-amostra 'analfabeto/1º CEB' tende a apresentar valores ligeiramente superiores. Quando comparada essa sub-amostra com a 'ensino secundário', encontram-se diferenças significativas no factor 'viver o quotidiano com gosto' ( $t=-2,916$ ;  $p\leq 0,001$ ) e no factor 'ser pró-activo' ( $t=3,911$ ;  $p<0,001$ ). Apesar de ambas as sub-amostras "concordarem" com estas imagens, os inquiridos 'analfabetos/1º CEB' tendem a apresentar uma média ligeiramente mais baixa.

Em relação à sub-amostra 'ensino superior', encontram-se diferenças significativas no factor 'ter projectos de vida' quando comparada com as sub-amostras 'analfabeto/1º CEB' ( $t=4,983$ ;  $p<0,001$ ), '2º, 3º CEB' ( $t=3,485$ ;  $p\leq 0,001$ ) e 'ensino secundário' ( $t=4,377$ ;  $p<0,001$ ). No factor 'ser pró-activo' quando comparada com as sub-amostras 'analfabeto/1º CEB' ( $t=5,682$ ;  $p<0,001$ ) e '2º, 3º CEB' ( $t=2,878$ ;  $p=0,004$ ). Apesar de os inquiridos de todas as sub-amostras tenderem a "nem concordar nem discordar" com a imagem 'ter projectos de vida' e a "concordarem" com a imagem 'ser pró-activo', os da sub-amostra 'ensino superior' apresentam valores significativamente inferiores, ou seja, manifestam uma tendência para se preocuparem menos com a preparação da velhice. Em relação aos restantes casos não se verificam diferenças significativas.

**Quadro 61 - Imagens da preparação de um envelhecimento bem sucedido (escala ImPreVe): escolaridade**

	Factores				
	F1 – Viver o quotidiano com gosto	F2 – Promover o bem-estar	F3 – Ocupar os tempos livres	F4 – Ter projectos de vida	F5 – Ser pró-activo
<b>Analfabeto/1ºCEB</b>					
n	407	407	404	406	408
Média	4,33	4,35	3,87	3,49	4,08
Desvio Padrão	0,49	0,54	0,68	0,94	0,60
Mínimo	1,88	2	1	1	1,75
Máximo	5	5	5	5	5
<b>2º, 3º CEB</b>					
n	173	170	172	174	168
Média	4,40	4,36	3,92	3,39	3,90
Desvio Padrão	0,47	0,47	0,66	0,83	0,63
Mínimo	2,63	2,67	1,75	1	2,25
Máximo	5	5	5	5	5
<b>Ensino secundário</b>					
n	135	133	133	133	135
Média	4,45	4,38	4,01	3,48	3,85
Desvio Padrão	0,39	0,47	0,50	0,75	0,54
Mínimo	3,25	2,83	2,75	1,33	2,50
Máximo	5	5	5	5	5



Escolaridade	Factores				
	F1 – Viver o quotidiano com gosto	F2 – Promover o bem-estar	F3 – Ocupar os tempos livres	F4 – Ter projectos de vida	F5 – Ser pró-activo
<b>Ensino superior</b>					
n	75	75	74	75	75
Média	4,41	4,28	3,98	3,00	3,65
Desvio Padrão	0,39	0,43	0,49	0,75	0,61
Mínimo	3,75	2,83	3	1,67	2
Máximo	5	5	5	5	4,75
<b>Total</b>					
N	790	785	783	788	786
Média	4,37	4,35	3,92	3,42	3,96
Desvio Padrão	0,46	0,50	0,63	0,88	0,61
Mínimo	1,88	2	1	1	1,75
Máximo	5	5	5	5	5

Calcularam-se as correlações entre os cinco factores e idade e escolaridade (Quadro 62). Verificam-se baixas correlações e correlações negativas entre os factores 'ter projectos de vida' e 'ser pró-activo' e a escolaridade. Neste último factor, quanto maior for o grau de escolaridade, mais os inquiridos tendem a manifestar valores mais baixos.

**Quadro 62 – Correlações ImPreve versus escolaridade**

	Factores				
	F1 – Viver o quotidiano com gosto	F2 – Promover o bem-estar	F3 – Ocupar os tempos livres	F4 – Ter projectos de vida	F5 – Ser pró-activo
<b>Escolaridade</b>					
Correlação de Spearman	0,076**	-0,028	0,061	-0,121**	-0,225*
Significância (p)	0,032	0,430	0,087	0,001	0,000

\*p<0,05; \*\*p<0,01

Em seguida apresentam-se os resultados relativos à situação profissional dos inquiridos (Quadro 63). As sub-amostras 'desempregado', 'empregado', 'estudante' e 'reformado' são as que apresentam a sua média superior no factor 'viver o quotidiano com gosto', onde tendem a "concordar" com esta imagem. A sub-amostra 'doméstica' apresenta a sua média superior no factor "promover bem-

estar físico e emocional", onde tende a "concordar muito" com esta imagem. A média inferior de todas as sub-amostras surge no factor 'ter projectos de vida': os 'empregados' tendem a "não concordar nem discordar" e os restantes inquiridos a "concordar" com esta imagem.

No factor 'viver o quotidiano com gosto', são os 'desempregados' e as 'domésticas' quem apresenta valores superiores e os 'empregados' valores inferiores (apesar de todos "concordarem" com esta imagem). Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as sub-amostras.

Quanto ao factor 'promover bem-estar físico e emocional', são as 'domésticas' quem tende a apresentar valores superiores ("concordam muito") e os 'empregados' valores inferiores ("concordam"). Nesta imagem verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre as 'domésticas' ("concordam muito") e os 'empregados' ("concordam") ( $t=3,284$ ;  $p\leq 0,001$ ).

No factor 'ocupar os tempos livres' são os 'desempregados' que tendem a apresentar valores superiores ("concordam") e os 'empregados' e 'estudantes' valores inferiores ("concordam"), mas todas as sub-amostras não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre si.

Em relação ao factor 'ter projectos de vida', são os 'desempregados' e as 'domésticas' que tendem a apresentar valores superiores ("concordam") e os 'empregados' valores inferiores ("não concordam nem discordam"). Nesta imagem, encontram-se diferenças estatisticamente significativas entre os 'empregados' e as 'domésticas' ( $t=2,860$ ;  $p=0,004$ ). Os 'empregados' tendem a "não concordar nem discordar", enquanto que as 'domésticas' a "concordar".

Por fim, no factor 'ser pró-activo' as 'domésticas' tendem a apresentar valores superiores e os 'estudantes' valores inferiores (os inquiridos de ambas as sub-amostras tendem a "concordar" com esta imagem). Existem diferenças estatisticamente significativas entre os 'estudantes' e 'domésticas' ( $t=4,825$ ;  $p<0,001$ ), 'estudantes' e 'reformados' ( $t=-6,077$ ;  $p<0,001$ ), 'empregados' e 'domésticas' ( $t=4,934$ ;  $p<0,001$ ) e 'empregados' e 'reformados' ( $t=-7,590$ ;  $p<0,001$ ). Todos os inquiridos destas quatro sub-amostras tendem a "concordar" com esta imagem, mas os 'empregados' e 'estudantes' apresentam valores inferiores às 'domésticas' e 'reformados'.

**Quadro 63 - Imagens da preparação de um envelhecimento bem sucedido (escala ImPreVe): situação profissional**

Situação profissional	Factores				
	F1 – Viver o quotidiano com gosto	F2 – Promover o bem-estar	F3 – Ocupar os tempos livres	F4 – Ter projectos de vida	F5 – Ser pró-activo
<b>Desempregado</b>					
n	20	20	20	20	20
Média	4,43	4,38	4,09	3,60	4,03
Desvio Padrão	0,39	0,48	0,51	0,76	0,56
Mínimo	4	3,83	3	2	3
Máximo	5	5	5	4,67	5
<b>Doméstica</b>					
n	74	74	73	76	76
Média	4,43	4,50	4,07	3,60	4,20
Desvio Padrão	0,39	0,46	0,69	0,89	0,53
Mínimo	3,75	3,33	1,75	1	2
Máximo	5	5	5	5	5
<b>Empregado</b>					
n	357	352	356	356	354
Média	4,34	4,28	3,89	3,30	3,82
Desvio Padrão	0,48	0,53	0,61	0,80	0,64
Mínimo	1,88	2	2	1	1,75
Máximo	5	5	5	5	5
<b>Estudante</b>					
n	117	117	115	117	114
Média	4,42	4,35	3,89	3,50	3,81
Desvio Padrão	0,49	0,47	0,62	0,86	0,56
Mínimo	2,63	2,67	1,75	1	2,25
Máximo	5	5	5	5	5
<b>Reformado/a</b>					
n	219	219	216	216	219
Média	4,39	4,40	3,91	3,50	4,19
Desvio Padrão	0,44	0,47	0,66	1	0,53
Mínimo	2,75	2,50	1	1	2,50
Máximo	5	5	5	5	5

Situação profissional	Factores				
	F1 – Viver o quotidiano com gosto	F2 – Promover o bem-estar	F3 – Ocupar os tempos livres	F4 – Ter projectos de vida	F5 – Ser pró-activo
<b>Sem resposta</b>					
n	3	3	3	3	3
Média	4,29	4,06	3,58	3,11	3,67
Desvio Padrão	0,64	0,42	1,29	0,38	0,58
Mínimo	3,75	3,67	2,50	2,67	3
Máximo	5	4,50	5	3,33	4
<b>Total</b>					
N	790	785	783	788	786
Média	4,37	4,35	3,92	3,42	3,96
Desvio Padrão	0,46	0,50	0,63	0,88	0,61
Mínimo	1,88	2	1	1	1,75
Máximo	5	5	5	5	5

No Quadro 64 podem observar-se os resultados segundo o estado civil dos inquiridos. As sub-amostras 'casado', 'divorciado' e 'solteiro' apresentam a sua média superior no factor 'viver o quotidiano com gosto', "concordando" com esta imagem. A média superior da sub-amostra 'viúvo' surge no factor 'promover o bem-estar', também "concordando" com esta imagem.

Tanto no factor 'viver o quotidiano com gosto' como no factor 'promover bem-estar', são os 'divorciados' quem tende a apresentar valores superiores e os 'viúvos' valores inferiores (apesar de os inquiridos de ambas as sub-amostras "concordarem"). Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as sub-amostras.

No factor 'ocupar os tempos livres' são os 'casados' que tendem a apresentar valores superiores e os 'divorciados' valores inferiores (apesar de os inquiridos de ambas sub-amostras "concordarem"). Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as sub-amostras.

Em relação ao factor 'ter projectos de vida', são os 'solteiros' que tendem a apresentar valores superiores ("concordam") e os 'divorciados' valores inferiores ("não concordam nem discordam"). Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as sub-amostras.

Por fim, no factor 'ser pró-activo' os 'viúvos' tendem a apresentar valores superiores e os 'solteiros' valores inferiores (os inquiridos de ambas as sub-amostras tendem a

“concordar” com esta imagem). Só se verifica haver diferenças estatisticamente significativas neste factor entre a sub-amostra dos ‘solteiros’ e a dos ‘casados’ ( $t=3,593$ ;  $p<0,001$ ) e a dos ‘viúvos’ ( $t=-6,240$ ;  $p<0,001$ ) e entre a sub-amostra dos ‘viúvos’ e a dos ‘casados’ ( $t=-3,628$ ;  $p<0,001$ ). Todos os inquiridos destas três sub-amostras tendem a “concordar” com esta imagem, mas os ‘solteiros’ apresentam os valores inferiores e os ‘viúvos’ os valores superiores em relação a essas sub-amostras.

**Quadro 64 - Imagens da preparação de um envelhecimento bem sucedido (escala ImPreVe): estado civil**

Estado civil	Factores				
	F1 – Viver o quotidiano com gosto	F2 – Promover o bem-estar	F3 – Ocupar os tempos livres	F4 – Ter projectos de vida	F5 – Ser pró-activo
<b>Casado/a</b>					
n	444	440	441	441	440
Média	4,37	4,36	3,93	3,42	3,98
Desvio Padrão	0,48	0,51	0,61	0,87	0,62
Mínimo	1,88	2,50	2	1	1,75
Máximo	5	5	5	5	5
<b>Divorciado/a</b>					
n	28	27	29	28	29
Média	4,46	4,44	3,85	3,36	3,89
Desvio Padrão	0,44	0,50	0,67	0,69	0,74
Mínimo	3,13	3,17	1,75	2	2
Máximo	5	5	4,75	5	5
<b>Solteiro/a</b>					
n	214	212	210	214	211
Média	4,40	4,32	3,92	3,40	3,80
Desvio Padrão	0,44	0,47	0,59	0,82	0,57
Mínimo	2,63	2,67	1,75	1	2
Máximo	5	5	5	5	5
<b>Viúvo/a</b>					
n	104	106	103	105	106
Média	4,30	4,33	3,88	3,51	4,22
Desvio Padrão	0,45	0,54	0,78	1,07	0,54
Mínimo	2,75	2	1	1	2,50
Máximo	5	5	5	5	5

Estado civil	Factores				
	F1 – Viver o quotidiano com gosto	F2 – Promover o bem-estar	F3 – Ocupar os tempos livres	F4 – Ter projectos de vida	F5 – Ser pró-activo
<b>Total</b>					
N	790	785	783	788	786
Média	4,37	4,35	3,92	3,42	3,96
Desvio Padrão	0,46	0,50	0,63	0,88	0,61
Mínimo	1,88	2	1	1	1,75
Máximo	5	5	5	5	5

Analise-se agora os resultados dos inquiridos 'com filhos' e 'sem filhos' (Quadro 65). Ambos apresentam a sua média superior no factor 'viver o quotidiano com gosto' ("concordam" com esta imagem), e a sua média inferior no factor 'ter projectos de vida' ("não concordam nem discordam" desta imagem).

A hipótese de igualdade de médias entre os inquiridos destas sub-amostra é aceite nos factores 'viver o quotidiano com gosto' e 'ocupar os tempos livres', onde todos tendem a "concordar" com estas imagens. Nos factores 'promover o bem-estar' e 'ser pró-activo' todos os inquiridos tendem a "concordar", mas são os que têm filhos quem apresenta valores superiores. Neste último factor, encontram-se diferenças estatisticamente significativas ( $t=4,117$ ;  $p<0,001$ ). Por fim, no factor 'ter projectos de vida', todos os inquiridos tendem a "nem concordar nem discordar" desta imagem e são também os que têm filhos quem apresenta valores superiores.

**Quadro 65 - Imagens da preparação de um envelhecimento bem sucedido (escala ImPreVe): inquiridos com e sem filhos**

Filhos	Factores				
	F1 – Viver o quotidiano com gosto	F2 – Promover o bem-estar	F3 – Ocupar os tempos livres	F4 – Ter projectos de vida	F5 – Ser pró-activo
<b>Sem filhos</b>					
n	269	267	263	268	265
Média	4,38	4,32	3,91	3,34	3,84
Desvio Padrão	0,44	0,47	0,59	0,84	0,60
Mínimo	2,63	2,67	1,75	1	1,75
Máximo	5	5	5	5	5

Filhos	Factores				
	F1 – Viver o quotidiano com gosto	F2 – Promover o bem-estar	F3 – Ocupar os tempos livres	F4 – Ter projectos de vida	F5 – Ser pró-activo
<b>Com filhos</b>					
n	521	518	520	520	521
Média	4,37	4,36	3,92	3,46	4,02
Desvio Padrão	0,47	0,52	0,66	0,90	0,61
Mínimo	1,88	2	1	1	2
Máximo	5	5	5	5	5
<b>Total</b>					
N	790	785	783	788	786
Média	4,37	4,35	3,92	3,42	3,96
Desvio Padrão	0,46	0,50	0,63	0,88	0,61
Mínimo	1,88	2	1	1	1,75
Máximo	5	5	5	5	5

Em relação aos resultados dos inquiridos que 'trabalha(r)a)m com pessoas idosas' e 'não trabalha(r)a)m com pessoas idosas' pode observar-se que ambas as sub-amostras apresentam a sua média superior no factor 'viver o quotidiano com gosto' ("concordam") e a sua média inferior no 'ter projectos de vida' ("não concordam nem discordam") (Quadro 66).

Nos factores 'viver o quotidiano com gosto', 'promover o bem-estar', 'ser pró-activo' e 'ocupar os tempos livres' (aqui ordenados em sentido decrescente), ambas as sub-amostras tendem a "concordar" com estas imagens (mas os 'trabalha(r)a)m com pessoas idosas' tendem a apresentar valores superiores). Em relação ao factor 'ter projectos de vida', todos os inquiridos manifestam "não concordar nem discordar" desta imagem, e são os que 'não trabalha(r)a)m com pessoas idosas' quem apresentam valores superiores.

A hipótese de igualdade de médias é rejeitada no factor 'viver o quotidiano com gosto' ( $t=1,964$ ;  $p<0,05$ ). Os inquiridos que 'trabalha(r)a)m com pessoas idosas' tendem a apresentar valores superiores. Nos restantes factores, não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

**Quadro 66 - Imagens da preparação de um envelhecimento bem sucedido (escala ImPreVe): inquiridos que trabalha(ram) ou não com pessoas idosas**

Trabalho com pessoas idosas	Factores				
	F1 – Viver o quotidiano com gosto	F2 – Promover o bem-estar	F3 – Ocupar os tempos livres	F4 – Ter projectos de vida	F5 – Ser pró-activo
<b>Não trabalhou</b>					
n	580	576	574	577	577
Média	4,36	4,33	3,90	3,43	3,94
Desvio Padrão	0,47	0,51	0,63	0,88	0,61
Mínimo	1,88	2	1	1	1,75
Máximo	5	5	5	5	5
<b>Trabalhou</b>					
n	200	199	198	200	198
Média	4,43	4,40	3,98	3,41	4,02
Desvio Padrão	0,44	0,47	0,64	0,88	0,62
Mínimo	2,63	2,83	1,75	1,33	2,25
Máximo	5	5	5	5	5
<b>Sem resposta</b>					
n	10	10	11	11	11
Média	4,08	4,08	3,66	3,21	3,84
Desvio Padrão	0,54	0,48	0,74	0,78	0,53
Mínimo	2,75	3,33	2	2	3,25
Máximo	4,75	5	5	4	4,75
<b>Total</b>					
N	790	785	783	788	786
Média	4,37	4,35	3,92	3,42	3,96
Desvio Padrão	0,46	0,50	0,63	0,88	0,61
Mínimo	1,88	2	1	1	1,75
Máximo	5	5	5	5	5

Quanto aos resultados dos inquiridos que residem numa freguesia rural ou urbana, ambas as sub-amostras apresentam a sua média superior no factor 'viver o quotidiano com gosto' ("concordam") e a sua média inferior no 'ter projectos de vida' ("não concordam nem discordam") (Quadro 67). Nos factores 'viver o quotidiano com gosto', 'promover o bem-estar', 'ser pró-activo' e 'ocupar os tempos livres' (aqui ordenados em sentido decrescente), ambas as sub-amostras tendem a "concordar" com estas imagens, e os que residem numa 'freguesia urbana' tendem a apresentar valores superiores. Em relação ao factor 'ter projectos de vida', todos os inquiridos manifestam "não concordar nem discordar" desta



imagem, e são também os que residem numa 'freguesia urbana' quem apresenta valores superiores.

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos factores, o que leva a considerar-se que, consoante a freguesia de residência, as imagens da preparação de um envelhecimento bem sucedido são similares.

**Quadro 67 - Imagens da preparação de um envelhecimento bem sucedido (escala ImPreVe): freguesia de residência**

Freguesia	Factores				
	F1 – Viver o quotidiano com gosto	F2 – Promover o bem-estar	F3 – Ocupar os tempos livres	F4 – Ter projectos de vida	F5 – Ser pró-activo
<b>Rural</b>					
n	393	391	391	393	394
Média	4,36	4,32	3,87	3,41	3,93
Desvio Padrão	0,50	0,53	0,63	0,92	0,65
Mínimo	1,88	2,50	1	1	2
Máximo	5	5	5	5	5
<b>Urbana</b>					
n	397	394	392	395	392
Média	4,39	4,37	3,96	3,44	3,99
Desvio Padrão	0,43	0,47	0,60	0,84	0,58
Mínimo	2,75	2	2	1,33	1,75
Máximo	5	5	5	5	5
<b>Total</b>					
N	790	785	783	788	786
Média	4,37	4,35	3,92	3,42	3,96
Desvio Padrão	0,46	0,50	0,63	0,88	0,61
Mínimo	1,88	2	1	1	1,75
Máximo	5	5	5	5	5

## 2.1. Grupos de imagens da preparação de um envelhecimento bem sucedido

Para se compreender a interacção entre os factores e a formação de grupos de imagens da preparação de um envelhecimento bem sucedido, procedeu-se à análise de clusters (K-means, squared Euclidean distance) (Quadro 68). Como já referido anteriormente em relação aos grupos de imagens do envelhecimento e da velhice, também nesta fase do estudo se optou por simplificar a análise,

concentrando-a em quatro grupos etários (13-27 anos, 33-47 anos, 53-67 anos e 73-87 anos).

**Quadro 68 – Clusters de imagens da preparação de um envelhecimento bem sucedido**

Factores (médias)	Clusters		
	C1 – Despreocupação (n=290)	C2 – Viver o quotidiano (n=206)	C3 – Envolvimento global com a vida (n=258)
<b>F1 – Viver o quotidiano com gosto (4,37)</b>	4,15 (-)	4,58 (+)	4,73 (++)
<b>F2 – Promover o bem-estar (4,35)</b>	3,97 (-)	4,37 (=)	4,76 (++)
<b>F3 – Ocupar os tempos livres (3,92)</b>	3,64 (-)	3,87 (=)	4,47 (++)
<b>F4 – Ter projectos de vida (3,42)</b>	3,44 (=)	2,70 (--)	4,24 (+)
<b>F5 – Ser pró-activo (3,96)</b>	3,63 (-)	3,91 (=)	4,38 (+)

Nota: os sinais (-), (-), (=), (+) e (++) pretendem ajudar a comparar cada média com a média global do factor.

Foram identificados três clusters através dessa análise. O cluster 1 ('despreocupação'), que implica 38,5% dos sujeitos da amostra total; o cluster 2 ('viver o quotidiano'), que envolve 27,3%; e o cluster 3 ('envolvimento global com a vida'), que abrange 34,2%. Pode constatar-se que quase dois terços da amostra (n=496) considera que para a preparação de um envelhecimento bem sucedido é importante viver com gosto, independentemente de se ter projectos para o futuro. Para os restantes inquiridos (mais de um terço da amostra global, n=258), a sua preparação não é motivo de cuidado ou precaução.

Quando comparado o cluster 1 ('despreocupação') com o cluster 2 ('viver o quotidiano') encontram-se diferenças significativas no factor 1 ( $t=-15,434$ ;  $p<0,001$ ), factor 2 ( $t=-11,641$ ;  $p<0,001$ ), factor 4 ( $t=15,789$ ;  $p<0,001$ ) e factor 5 ( $t=-5,823$ ;  $p<0,001$ ). Quando comparado com o cluster 3 ('envolvimento global com a vida') encontram-se diferenças significativas nos cinco factores: factor 1 ( $t=-26,631$ ;  $p<0,001$ ), factor 2 ( $t=-27,707$ ;  $p<0,001$ ), factor 3 ( $t=-20,947$ ;  $p<0,001$ ), factor 4 ( $t=-15,992$ ;  $p<0,001$ ) e factor 5 ( $t=-17,224$ ;  $p<0,001$ ).

Em relação ao cluster 2 ('viver o quotidiano'), quando comparado com o cluster 3 ('envolvimento global com a vida'), encontram-se diferenças significativas em

todos os factores: factor 1 ( $t=-9,197$ ;  $p<0,001$ ), factor 2 ( $t=-11,942$ ;  $p<0,001$ ), factor 3 ( $t=-14,538$ ;  $p<0,001$ ), factor 4 ( $t=-28,414$ ;  $p<0,001$ ) e factor 5 ( $t=-9,593$ ;  $p<0,001$ ).

Com base nas frequências observadas e esperadas, procurou compreender-se como é que os sujeitos se distribuem pelos três clusters segundo o grupo etário, género, escolaridade, situação profissão, estado civil, ter ou não filhos, trabalho com idosos e freguesia de residência.

**Quadro 69 - Clusters versus grupos etários**

Grupos etários	Clusters					
	C1 – Despreocupação (n=290)		C2 – Viver o quotidiano (n=206)		C3 – Envolvimento global com a vida (n=258)	
	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas
<b>13-27 anos</b>	76 (=)	73,8	50 (=)	52,5	66 (=)	65,7
<b>33-47 anos</b>	90 (+)	73,8	58 (+)	52,5	44 (-)	65,7
<b>53-67 anos</b>	65 (-)	71,9	51 (=)	51,1	71 (+)	64
<b>73-87 anos</b>	59 (-)	70,4	47 (=)	50	77 (+)	62,6

Nota: os sinais (-), (=) e (+) pretendem ajudar a comparar as frequências esperadas e observadas

No que diz respeito aos inquiridos por grupos etários, verifica-se que (Quadro 69):

- O grupo '13-27 anos' não manifesta tendências, dado que as frequências observadas são similares às esperadas.
- O grupo '33-47 anos' apresenta uma frequência observada inferior à esperada no cluster 3 ('envolvimento global com a vida') e frequências observadas superiores às esperadas no cluster 1 ('despreocupação') e cluster 2 (viver o quotidiano).
- Tanto o grupo '53-67 anos' como o '73-87 anos' manifestam uma frequência observada inferior à esperada no cluster 1 ('despreocupação') e uma frequência observada superior à esperada no cluster 3 ('envolvimento global com a vida'). Em relação ao cluster 2 ('viver o quotidiano') não se observam tendências, as frequências observadas são similares às esperadas.

- O cluster 1 ('despreocupação'), tende a ocorrer com menos frequência nos dois últimos grupos etários ('53-67 anos' e '73-87 anos'). Em relação ao cluster 2 ('viver o quotidiano') tende a não apresentar tendências, excepto no grupo etário '33-47 anos', que manifesta uma frequência superior à esperada. O cluster 3 ('envolvimento global com a vida') tende a ocorrer com mais frequência nos dois últimos grupos etários ('53-67 anos' e '73-87 anos'), onde se observam frequências inferiores às esperadas. Só o grupo etário '33-47 anos' é que manifesta uma frequência observada inferior à esperada neste cluster.

Quadro 70 - Clusters versus género

Género	Clusters					
	C1 – Despreocupação (n=290)		C2 – Viver o quotidiano (n=206)		C3 – Envolvimento global com a vida (n=258)	
	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas
<b>Feminino</b>	127 (-)	149,2	123 (+)	106	138 (+)	132,8
<b>Masculino</b>	163 (+)	140,8	83 (-)	100	120 (-)	125,2

Nota: os sinais (-), (=) e (+) pretendem ajudar a comparar as frequências esperadas e observadas

No que diz respeito ao género dos inquiridos, verifica-se que (Quadro 70):

- O 'género feminino' apresenta uma frequência observada inferior à esperada no cluster 1 ('despreocupação') e frequências observadas superiores às esperadas no cluster 2 ('viver o quotidiano') e cluster 3 ('envolvimento global com a vida').
- O 'género masculino' manifesta uma frequência observada superior à esperada no cluster 1 ('despreocupação'). Também apresenta frequências observadas inferiores às esperadas no cluster 2 ('viver o quotidiano') e cluster 3 ('envolvimento global com a vida').

Quadro 71 - Clusters versus escolaridade

Escolaridade	Clusters					
	C1 – Despreocupação (n=290)		C2 – Viver o quotidiano (n=206)		C3 – Envolvimento global com a vida (n=258)	
	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas
<b>Analf./1ºCEB</b>	147 (=)	148,5	98 (-)	105,5	141 (+)	132,1
<b>2º, 3º CEB</b>	64 (=)	63,1	47 (=)	44,8	53 (=)	56,1
<b>Ensino secund.</b>	52 (=)	50	29 (-)	35,5	49 (+)	44,5
<b>Ensino superior</b>	27 (=)	28,5	32 (+)	20,2	15 (-)	25,3

Nota: os sinais (-), (=) e (+) pretendem ajudar a comparar as frequências esperadas e observadas

No que diz respeito à escolaridade dos inquiridos, verifica-se que (Quadro 71):

- Os que 'não sabem ler nem escrever ou que possuem o 1º CEB' manifestam uma frequência observada inferior à esperada no cluster 2 ('viver o quotidiano') e uma frequência observada superior à esperada no cluster 3 ('envolvimento global com a vida'). Em relação ao cluster 1 ('despreocupação') não se observam tendências, as frequências observadas são similares às esperadas.
- Os que possuem o '2º, 3º CEB' não apresentam tendências em nenhum dos três clusters, dado que as frequências observadas são similares às esperadas.
- Os que possuem o 'ensino secundário' manifestam uma frequência observada inferior à esperada no cluster 2 ('viver o quotidiano') e uma frequência observada superior à esperada no cluster 3 ('envolvimento global com a vida'). Em relação ao cluster 1 ('despreocupação') não se observam tendências, as frequências observadas são similares às esperadas.
- Os que possuem o 'ensino superior' apresentam uma frequência observada superior à esperada no cluster 2 ('viver o quotidiano') e uma frequência observada inferior à esperada no cluster 3 ('envolvimento global com a vida'). Em relação ao cluster 1 ('despreocupação') não se observam tendências, as frequências observadas são similares às esperadas.

- Em relação ao cluster 1 ('despreocupação'), não se observam tendências em todos os inquiridos, pois as frequências observadas tendem a ser similares às esperadas.

**Quadro 72 - Clusters versus situação profissional**

Situação profissional	Clusters					
	C1 – Despreocupação (n=290)		C2 – Viver o quotidiano (n=206)		C3 – Envolvimento global com a vida (n=258)	
	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas
<b>Desempregado</b>	7 (=)	7,7	5 (=)	5,5	8 (=)	6,8
<b>Doméstica</b>	22 (-)	26,5	13 (-)	18,9	34 (+)	23,6
<b>Empregado</b>	150 (+)	131,9	98 (+)	93,7	95 (-)	117,4
<b>Estudante</b>	44 (=)	43,1	25 (-)	30,6	43 (+)	38,3
<b>Reformado</b>	65 (-)	79,6	65 (+)	56,6	77 (+)	70,8

Nota: os sinais (-), (=) e (+) pretendem ajudar a comparar as frequências esperadas e observadas

No que diz respeito à situação profissional dos inquiridos, verifica-se que (Quadro 72):

- Em relação aos 'desempregados' não se observam tendências em nenhum dos clusters uma vez que as frequências observadas são similares às esperadas.
- As 'domésticas' apresentam frequências observadas inferiores às esperadas no cluster 1 ('despreocupação') e no cluster 2 ('viver o quotidiano'). No que diz respeito ao cluster 3 ('envolvimento global com a vida'), tendem a manifestar uma frequência observada superior à esperada.
- Os 'empregados' manifestam frequências observadas superiores às esperadas no cluster 1 ('despreocupação') e no cluster 2 ('viver o quotidiano'). No que diz respeito ao cluster 3 ('envolvimento global com a vida'), tendem a manifestar uma frequência observada inferior à esperada.
- Os 'estudantes' tendem a manifestar uma frequência observada inferior à esperada no cluster 2 ('viver o quotidiano'), uma frequência observada superior à esperada no cluster 3 ('envolvimento global com a vida') e a não

apresentar tendências no cluster 1 ('despreocupação'), dado que as frequências observadas são similares às esperadas.

- Os 'reformados' apresentam uma frequência observada inferior à esperada no cluster 1 ('despreocupação') e frequências observadas superiores às esperadas no cluster 2 ('viver o quotidiano') e cluster 3 ('envolvimento global com a vida').
- De referir que no cluster 3 ('envolvimento global com a vida'), as 'domésticas', os 'estudantes' e os 'reformados' são quem tende a apresentar frequências observadas superiores às esperadas.

**Quadro 73 - Clusters versus estado civil**

Estado civil	Clusters					
	C1 – Despreocupação (n=290)		C2 – Viver o quotidiano (n=206)		C3 – Envolvimento global com a vida (n=258)	
	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas
<b>Casado</b>	163 (=)	162,3	117 (=)	115,3	142 (=)	144,4
<b>Divorciado</b>	8 (=)	10	9 (=)	7,1	9 (=)	8,9
<b>Solteiro</b>	81 (=)	79,2	56 (=)	56,3	69 (=)	70,5
<b>Viúvo</b>	38 (=)	38,5	24 (=)	27,3	38 (+)	34,2

Nota: os sinais (-), (=) e (+) pretendem ajudar a comparar as frequências esperadas e observadas

No que diz respeito ao estado civil dos inquiridos, verifica-se que (Quadro 73):

- Em todos os inquiridos, sejam 'casados', 'divorciados', 'solteiros' ou 'viúvos', não se observam tendências no cluster 1 ('despreocupação') e no cluster 2 ('viver o quotidiano'), dado que as frequências observadas são similares às esperadas.
- No cluster 3 ('envolvimento global com a vida'), somente os 'viúvos' é que manifestam uma frequência superior à observada. Os restantes não tendem a apresentar tendências dado que as frequências observadas são similares às esperadas.

**Quadro 74 - Clusters versus inquiridos com e sem filhos**

Filhos	Clusters					
	C1 – Despreocupação (n=290)		C2 – Viver o quotidiano (n=206)		C3 – Envolvimento global com a vida (n=258)	
	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas
<b>Não</b>	102 (+)	97,7	69 (=)	69,4	83 (-)	86,9
<b>Sim</b>	188 (-)	192,3	137 (=)	136,6	175 (+)	171,1

Nota: os sinais (-), (=) e (+) pretendem ajudar a comparar as frequências esperadas e observadas

No que diz respeito aos inquiridos com e sem filhos, verifica-se que (Quadro 74):

- Os inquiridos 'sem filhos' apresentam uma frequência observada superior à esperada no cluster 1 ('despreocupação') e uma frequência observada inferior à esperada no cluster 3 ('envolvimento global com a vida').
- Os inquiridos 'com filhos' manifestam uma frequência observada inferior à esperada no cluster 1 ('despreocupação') e uma frequência observada superior à esperada no cluster 3 ('envolvimento global com a vida').
- No cluster 2 ('viver o quotidiano'), em todos os inquiridos, tenham ou não filhos, não se observam tendências dado que as frequências observadas são similares às esperadas.

**Quadro 75 - Clusters versus inquiridos que trabalharam ou não com pessoas idosas**

Trabalho com pessoas idosas	Clusters					
	C1 – Despreocupação (n=290)		C2 – Viver o quotidiano (n=206)		C3 – Envolvimento global com a vida (n=258)	
	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas
<b>Não</b>	225 (+)	213,5	144 (-)	151,6	186 (-)	189,9
<b>Sim</b>	59 (-)	72,7	58 (+)	51,6	72 (+)	64,7

Nota: os sinais (-), (=) e (+) pretendem ajudar a comparar as frequências esperadas e observadas

No que diz respeito aos inquiridos que trabalharam ou não com pessoas idosas, verifica-se que (Quadro 75):



- Os que 'não trabalha(r)a)m com pessoas idosas' apresentam uma frequência observada superior à esperada no cluster 1 ('despreocupação') e frequências observadas inferiores às esperadas no cluster 2 ('viver o quotidiano') e cluster 3 ('envolvimento global com a vida').
- Os que 'trabalha(r)a)m com pessoas idosas' manifestam uma frequência observada inferior à esperada no cluster 1 ('despreocupação') e frequências observadas superiores às esperadas no cluster 2 ('viver o quotidiano') e cluster 3 ('envolvimento global com a vida').

**Quadro 76 - Clusters versus freguesia de residência**

Freguesia	Clusters					
	C1 – Despreocupação (n=290)		C2 – Viver o quotidiano (n=206)		C3 – Envolvimento global com a vida (n=258)	
	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas
<b>Rural</b>	152 (+)	143,8	105 (=)	102,2	117 (-)	128
<b>Urbana</b>	138 (-)	146,2	101 (=)	103,8	141 (+)	130

Nota: os sinais (-), (=) e (+) pretendem ajudar a comparar as frequências esperadas e observadas

No que diz respeito à freguesia de residência dos inquiridos, verifica-se que (Quadro 76):

- Os residentes em 'freguesia rural' apresentam uma frequência observada superior à esperada no cluster 1 ('despreocupação') e uma frequência observada inferior à esperada no cluster 3 ('envolvimento global com a vida').
- Os residentes em 'freguesia urbana' manifestam uma frequência observada inferior à esperada no cluster 1 ('despreocupação') e uma frequência observada superior à esperada no cluster 3 ('envolvimento global com a vida').
- No cluster 2 ('viver o quotidiano'), em todos os inquiridos não se observam tendências dado que as frequências observadas são similares às esperadas.

### 3. Imagens do envelhecimento e da velhice e importância da sua preparação (Escala ImAge e ImPreVe)

O Quadro 77 apresenta as correlações entre os factores das duas escalas, ImAge e ImPreVe. Pode constatar-se que as correlações tendem a ser significativas entre todos os factores, excepto entre as imagens de 'incompetência relacional e cognitiva' (factor 1 da escala ImAge) com a ter projectos de vida (factor 4 da escala ImPreVe) e as imagens de 'dependência física e emocional e antiquado' (factor 2 da escala ImAge) e a de ocupar os tempos livre (factor 3 da escala ImPreVe).

Verifica-se também que as correlações entre os factores são moderadas ou baixas.

**Quadro 77- Correlação entre os factores das escalas ImAge e ImPreVe**

Escala ImPreve	Escala ImAge		
	F1 IMA Incompetência relacional e cognitiva	F2 IMA Dependência física e emocional e antiquado	F3 IMA Maturidade relacional e cognitiva
<b>F1 IPV - Viver o quotidiano com gosto</b>	-0,185**	0,095**	0,247**
<b>F2 IPV - Promover o bem-estar</b>	-0,115**	0,159**	0,159**
<b>F3 IPV - Ocupar os tempos livres</b>	-0,091*	0,025	0,219**
<b>F4 IPV - Ter projectos de vida</b>	0,063	0,119**	0,100**
<b>F5 IPV - Ser pró-activo</b>	0,159**	0,262**	0,249**

\*p<0,05; \*\*p<0,01 [IMA – Escala ImAge / IPV – Escala ImPreVe]

As correlações mais elevadas verificam-se entre o factor 5 da escala ImPreVe 'ser pró-activo' com os factores 2 e 3 da escala ImAge, 'dependência física e emocional e antiquado' (0,262) e 'maturidade relacional e cognitiva' (0,249), seguido por uma mais baixa com o factor 1, 'incompetência relacional e cognitiva', da escala ImAge (0,159). Estes resultados podem significar que tanto os inquiridos que possuem imagens negativas como positivas da velhice se preocupam em ser activos na sua preparação. Uns procurarão compensar as perdas que surgem, enquanto que outros procurarão ajustar-se às novas circunstâncias, sem as ver necessariamente como negativas.

No que diz respeito ao factor 3 da escala ImAge, 'maturidade relacional e cognitiva', correlaciona-se de forma moderada com os factores 1 e 3 da escala ImPreVe: 'viver o quotidiano com gosto' (0,247) e 'ocupar os tempos livres' (0,219). Talvez se justifique pelo facto de os inquiridos que vivem o dia-a-dia com conforto e satisfação sejam aqueles que perspectivam a velhice como positiva.

Observa-se também uma correlação moderada entre os factores 2 de ambas as escalas, onde os inquiridos que consideram a velhice como a fase de 'dependência física e emocional e antiquado' (ImAge) também vejam como a de 'promoção do bem-estar' (ImPreVe) (0,159). Neste sentido, poderão achar que sendo uma altura em que o indivíduo se torna dependente e vulnerável aos outros, há que pensar no seu conforto diário de forma a minimizar essas condições desagradáveis.

Os inquiridos que perspectivam a velhice como uma fase de 'incompetência relacional e cognitiva' (factor 1 da escala ImAge) manifestam uma correlação negativa moderada quanto ao 'viver o quotidiano com gosto' (-0,185) e 'promover o bem-estar' (-0,115) e correlação negativa baixa quanto ao 'ocupar os tempos livres' (-0,091) (factores 1, 2 e 3 da escala ImPreVe). Estes resultados podem significar que quanto mais desagradável for a velhice para o indivíduo, menor é a sua possibilidade de desfrutar e viver o dia-a-dia com conforto.

Por fim, os inquiridos que manifestam a imagem de 'dependência física e emocional e antiquado' em relação à velhice (factor 2 da escala ImAge), consideram que se deve 'ter projectos de vida' (0,119) e 'viver o quotidiano com gosto' (0,095) (factores 1 e 4 da escala ImPreVe). Tanto esta correlação moderada como a baixa indicam a possibilidade de os inquiridos acharem que se deve aproveitar o dia-a-dia e planear o futuro, dada as circunstâncias nada atractivas da fase da velhice.

### **3.1. Grupos de imagens da velhice e da preparação do envelhecimento**

Para se compreender a interacção entre os factores e a formação de grupos de imagens da velhice e da preparação do envelhecimento, procedeu-se à análise de clusters (K-means, squared Euclidean distance) (Quadro 78).

Quadro 78 – Clusters de imagens da velhice e da preparação do envelhecimento

Factores (médias)	Clusters		
	C1 – Incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro (n=190)	C2 – Muita competência, independência, maturidade e preparação importante (n=226)	C3 – Competência, dependência e preparação pouco importante (n=287)
<b>Escala ImAge</b>			
<b>F1 IMA - Incompetência relacional e cognitiva (2,29)</b>	2,99 (+)	1,90 (--)	2,14 (-)
<b>F2 IMA - Dependência física e emocional e antiquado (3,49)</b>	4,13 (+)	3,26 (-)	3,24 (-)
<b>F3 IMA - Maturidade relacional e cognitiva (3,43)</b>	3,38 (=)	3,61 (+)	3,31 (=)
<b>Escala ImPreVe</b>			
<b>F1 IPV – Viver o quotidiano com gosto (4,37)</b>	4,35 (=)	4,68 (+)	4,16 (-)
<b>F2 IPV – Promover o bem-estar (4,35)</b>	4,40 (=)	4,65 (+)	4,09 (-)
<b>F3 IPV – Ocupar os tempos livres (3,92)</b>	4,00 (=)	4,37 (+)	3,52 (-)
<b>F4 IPV - Ter projectos de vida (3,42)</b>	3,75 (+)	4,05 (++)	2,77 (-)
<b>F5 IPV – Ser pró-activo (3,96)</b>	4,18 (+)	4,26 (+)	3,58 (-)

Nota: os sinais (--), (-), (=), (+) e (++) pretendem ajudar a comparar cada média com a média global do factor.

O cluster 1 ('incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro') implica 27% dos sujeitos da amostra total, o cluster 2 ('muita competência, independência, maturidade e preparação importante') envolve 32,1% e o cluster 3 ('competência, dependência e preparação pouco importante') abrange 40,8%.

Quanto comparado o cluster 1 ('incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro') com o cluster 2 ('muita competência, independência, maturidade e preparação importante'), encontram-se diferenças significativas em todos os factores da escala ImAge: factor 1 IMA ( $t=21,809$ ;  $p<0,001$ ), no factor 2 IMA ( $t=17,158$ ;  $p<0,001$ ) e no factor 3 IMA ( $t=-3,925$ ;  $p<0,001$ ); na escala ImPreve, nos seguintes factores: factor 1 IPV ( $t=-9,015$ ;  $p<0,001$ ), no factor 2 IPV ( $t=6,056$ ;  $p<0,001$ ), no factor 3 IPV ( $t=-7,509$ ;  $p<0,001$ ) e no factor 4 IPV ( $t=-4,646$ ;  $p<0,001$ ). Quando comparado com o cluster 3 ('competência, dependência e preparação pouco importante'), encontram-se diferenças significativas nos seguintes factores da

escala ImAge: no factor 1 IMA ( $t=-17,045$ ;  $p<0,001$ ) e no factor 2 IMA ( $t=19,091$ ;  $p<0,001$ ); na escala ImPreve, em todos os factores: factor 1 IPV ( $t=4,774$ ;  $p<0,001$ ), no factor 2 IPV ( $t=7,419$ ;  $p<0,001$ ), no factor 3 IPV ( $t=9,269$ ;  $p<0,001$ ), no factor 4 IPV ( $t=15,371$ ;  $p<0,001$ ) e no factor 5 IPV ( $t=12,669$ ;  $p<0,001$ ).

Em relação ao cluster 2 ('muita competência, independência, maturidade e preparação importante'), quando comparado com o cluster 3 ('competência, dependência e preparação pouco importante'), encontram-se diferenças significativas nos seguintes factores da escala ImAge: no factor 1 IMA ( $t=-5,465$ ;  $p<0,001$ ) e no factor 3 IMA ( $t=6,130$ ;  $p<0,001$ ); na escala ImPreve, em todos os factores: factor 1 IPV ( $t=14,503$ ;  $p<0,001$ ), no factor 2 IPV ( $t=14,266$ ;  $p<0,001$ ), no factor 3 IPV ( $t=18,670$ ;  $p<0,001$ ), no factor 4 IPV ( $t=21,655$ ;  $p<0,001$ ) e no factor 5 IPV ( $t=14,268$ ;  $p<0,001$ ).

Pode constatar-se que cerca de três quartos da amostra manifesta imagens positivas ou ambivalentes (negativas e positivas em simultâneo) em relação à velhice e à preparação do envelhecimento. Estes inquiridos tendem a manifestar duas posturas: uns consideram que esta é uma fase à qual se deve dar particular atenção, preparando-a tanto em termos presentes como futuros; outros encaram-na como mais uma fase, com as suas especificidades e vivem-na sem preocupações futuras (cluster 2 e 3). Para os restantes inquiridos, cerca de um quarto da amostra (cluster 1, incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro com vista o futuro), a perspectiva do envelhecimento e da velhice é negativa, pelo que a sua preparação é motivo de cuidado. Dado que a relacionam com a incompetência e dependência, estes inquiridos tendem a planear a velhice com vista à anulação ou atenuação dos potenciais problemas. Não incidem tanto nas vivências do dia-a-dia, mas mais no esboço do quotidiano futuro, de forma a compensar as possíveis perdas. São pró-activos no sentido em que procuram prever e minimizar eventuais dificuldades e estabelecer projectos de vida adequados.

Pode dizer-se que em relação às imagens tidas pelos inquiridos, verificam-se as seguintes posturas: os que manifestam imagens positivas tendem a viver o dia-a-dia, mas também planeiam o seu futuro; os que manifestam imagens ambivalentes tendem a não se preocupar com o presente nem a preparar o futuro; e os que manifestam imagens negativas do envelhecimento e da velhice tendem focalizar-se no futuro.

O Quadro 79 apresenta as correlações entre o global das duas escalas (ImAge e ImPreVe).

**Quadro 79- Correlação entre o global das duas escalas (ImAge e ImPreVe)**

Clusters	Clusters		
	C1 - Incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro	C2 - Muita competência, independência, maturidade e preparação importante	C3 - Competência, dependência e preparação pouco importante
C1 - Incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro	-	0,562*	0,158*
C2 - Muita competência, independência, maturidade e preparação importante	0,562*	-	-0,073*
C3 - Competência, dependência e preparação pouco importante	0,158*	-0,073*	-

\*p<0,05

Pode constatar-se que a correlação tende a ser significativa e elevada entre as imagens de 'incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro' (cluster 1) e 'muita competência, independência, maturidade e preparação importante' (cluster 2) (0,562); a correlação entre as imagens 'incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro' (cluster 1) e 'competência, dependência e preparação pouco importante' (cluster 3) tende a ser baixa (0,158).

No primeiro caso, estes resultados podem significar que os inquiridos que consideram importante preparar a velhice tanto podem manifestar imagens negativas como positivas da velhice. Por um lado poderão procurar precaver eventuais perdas que vão surgindo, sendo pró-ativos, como poderão considerar que a velhice é uma fase à qual se deve dar particular atenção em termos presentes, mesmo destacando-se características como a independência e maturidade.

No segundo caso, estes resultados podem dever-se ao facto de os inquiridos que manifestam a imagem de dependência na velhice tanto podem considerar importante prepará-la como não, independentemente de ser uma fase que se caracteriza pela competência ou incompetência.

Quanto à imagem 'muita competência, independência, maturidade e preparação importante' (cluster 2) e a imagem 'competência, dependência e preparação pouco importante' (cluster 3) (-0,073), a correlação é negativa baixa. Estes resultados podem significar que quem atribui pouca importância à preparação tende a não manifestar a imagem de independência e maturidade.

Com base nas frequências observadas e esperadas, procurou-se compreender como é que os clusters variam segundo os grupos etários, género, escolaridade, situação profissional estado civil, com ou sem filhos, trabalho com pessoas idosas e freguesia de residência.

**Quadro 80 - Clusters versus grupos etários**

Grupos etários	Clusters					
	C1 – Incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro (n=190)		C2 – Muita competência, independência, maturidade e preparação importante (n=226)		C3 – Competência, dependência e preparação pouco importante (n=287)	
	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas
<b>13-27 anos</b>	27 (-)	48,9	70 (+)	58,2	84 (+)	73,9
<b>33-47 anos</b>	33 (-)	49,5	52 (-)	58,8	98 (+)	74,7
<b>53-67 anos</b>	49 (+)	44,6	56 (+)	53	60 (-)	67,4
<b>73-87 anos</b>	81 (+)	47	48 (-)	55,9	45 (-)	71

Nota: os sinais (-), (=) e (+) pretendem ajudar a comparar as frequências esperadas e observadas

No que diz respeito às imagens expressas pelos inquiridos, verifica-se que (Quadro 80):

- O cluster 1 ('incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro'), tende a ocorrer com mais frequência nos últimos grupos etários ('53-67 anos' e '73-87 anos') e com menos frequência nos dois primeiros grupos etários ('13-27 anos' e '33-47 anos'). Essa ocorrência talvez se deva ao facto de os inquiridos mais velhos serem aqueles que estão a entrar ou a passar pela velhice, e sintam algumas perdas e tenham uma perspectiva mais negativa. Na mesma sequência de raciocínio, os mais novos ainda não sentem essas perdas e poderão, ainda, ter a imagem viva de avós activos. Os inquiridos com '53-67 anos' apresentam ainda uma frequência observada superior à esperada no cluster 2 (muita competência,

independência e importante preparar) e uma frequência observada inferior à esperada no cluster 3 ('competência, dependência e preparação pouco importante'). Os inquiridos com '73-87 anos' apresentam ainda frequências observadas inferiores às esperadas no cluster 2 ('muita competência, independência, maturidade e preparação importante') e cluster 3 ('competência, dependência e preparação pouco importante').

- Em relação ao cluster 2 ('muita competência, independência, maturidade e preparação importante') este tende a ocorrer nos mais jovens e nos jovens-idosos ('13-27 anos' e '53-67 anos'). Estes resultados talvez se justifiquem por dois motivos: os mais novos poderão ainda conviver com os avós, aqueles que para os netos são os detentores de conhecimento e sabedoria para os netos. Os inquiridos que estão a entrar na fase da velhice ainda se sentem activos e independentes e têm presente a necessidade de planear a forma como se vão ocupar quando se reformarem. Os inquiridos com '13-27 anos' apresentam ainda uma frequência observada inferior à esperada no cluster 1 (incompetência, dependência e alguma preparação) e uma frequência observada superior à esperada no cluster 3 (competência, independência e pouca preparação). Os inquiridos com '53-67 anos' apresentam ainda uma frequência observada superior à esperada no cluster 1 ('incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro') e uma frequência observada inferior à esperada no cluster 3 ('competência, dependência e preparação pouco importante').
- No que diz respeito ao cluster 3 ('competência, dependência e preparação pouco importante') tende a ocorrer com mais frequência nos mais jovens, nos dois primeiros grupos etários ('13-27 anos' e '33-47 anos') e com menos frequência nos mais velhos, nos últimos grupos etários ('53-67 anos' e '73-87 anos'). Poder-se-á dever ao facto de os mais novos ainda não sentirem os efeitos do envelhecimento, e que como tal, não vêem necessidade em preparar a velhice. Consideram-na uma fase durante a qual os indivíduos são capazes, apesar de dependentes. Os mais velhos já poderão considerar que não valerá a pena preparar a velhice no sentido em que há ganhos e perdas naturais inerentes ao processo de envelhecimento. Os inquiridos com '13-27 anos' apresentam ainda uma frequência observada inferior à esperada no cluster 1 ('incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro') e uma frequência observada superior à esperada no cluster 2 ('muita competência, independência, maturidade e preparação



importante'). Os inquiridos com '33-47 anos' apresentam ainda frequências observadas inferiores às esperadas no cluster 1 ('incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro') e cluster 2 ('muita competência, independência, maturidade e preparação importante').

**Quadro 81 - Clusters versus género**

Género	Clusters					
	C1 – Incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro (n=190)		C2 – Muita competência, independência, maturidade e preparação importante (n=226)		C3 – Competência, dependência e preparação pouco importante (n=287)	
	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas
<b>Feminino</b>	112 (+)	96,5	110 (-)	114,8	135 (-)	145,7
<b>Masculino</b>	78 (-)	93,5	116 (+)	111,2	152 (+)	141,3

Nota: os sinais (-), (=) e (+) pretendem ajudar a comparar as frequências esperadas e observadas

No que diz respeito ao género dos inquiridos, verifica-se que (Quadro 81):

- O cluster 1 ('incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro'), tende a ocorrer com mais frequência no 'género feminino'. Talvez o facto de serem as mulheres os principais cuidadores informais conduza, de alguma forma, a uma imagem negativa da velhice (vêm como são solicitadas em termos de esforço e dedicação aos mais velhos) e por isso, achem muito importante que seja preparada em termos futuros (para se atenuar a incompetência e dependência). Estes inquiridos manifestam ainda frequências observadas inferiores às esperadas no cluster 2 ('muita competência, independência, maturidade e preparação importante') e cluster 3 ('competência, dependência e preparação pouco importante').
- Em relação ao cluster 2 ('muita competência, independência, maturidade e preparação importante') tende a ocorrer com mais frequência no 'género masculino'. Estes apresentam imagens positivas da velhice provavelmente pelo mesmo motivo que o género feminino apresenta imagens negativas: não são eles quem costuma cuidar informalmente das pessoas idosas e talvez considerem importante preparar a velhice no sentido de preservar a sua competência e independência. Também apresenta uma frequência observada inferior à esperada no cluster 1 ('incompetência,

dependência e pró-actividade com vista ao futuro') e uma frequência observada superior à esperada no cluster 3 ('competência, dependência e preparação pouco importante').

- No que diz respeito ao cluster 3 ('competência, dependência e preparação pouco importante') tende a ocorrer com mais frequência no 'género masculino'. Esta imagem poder-se-á justificar pelo facto de não se reflectir sobre si mesmos a pressão social anti-envelhecimento que recai nas mulheres. A velhice é mais uma fase, com as suas características, e pouco se poderá fazer para as modificar. Também apresenta uma frequência observada inferior à esperada no cluster 1 ('incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro') e uma frequência observada superior à esperada no cluster 2 ('muita competência, independência, maturidade e preparação importante').

**Quadro 82 - Clusters versus escolaridade**

Escolaridade	Clusters					
	C1 – Incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro (n=190)		C2 – Muita competência, independência, maturidade e preparação importante (n=226)		C3 – Competência, dependência e preparação pouco importante (n=287)	
	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas
<b>Analf./1ºCEB</b>	135 (+)	95,9	99 (-)	114,1	121 (-)	144,9
<b>2º, 3º CEB</b>	29 (-)	41,9	59 (+)	49,8	67 (+)	63,3
<b>Ensino sec.</b>	19 (-)	33	48 (+)	39,2	55 (+)	49,8
<b>Ensino sup.</b>	7 (-)	19,2	20 (-)	22,8	44 (+)	29

Nota: os sinais (-), (=) e (+) pretendem ajudar a comparar as frequências esperadas e observadas

No que diz respeito à escolaridade dos inquiridos, verifica-se que (Quadro 82):

- O cluster 1 ('incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro') tende a ocorrer com mais frequência nos indivíduos 'analfabetos/1º CEB'. Esta imagem pode justificar-se pelo facto de os inquiridos que possuam menos informação sobre o processo de envelhecimento, encarem as mudanças como inevitáveis e inalteráveis, não passíveis de alguma interferência. Estes inquiridos manifestam ainda frequências observadas

inferiores às esperadas no cluster 2 ('muita competência, independência, maturidade e preparação importante') e cluster 3 ('competência, dependência e preparação pouco importante').

- Quanto ao cluster 2 ('muita competência, independência, maturidade e preparação importante'), tendem a ocorrer nos inquiridos com escolaridade médias ('2º, 3º CEB' e 'ensino secundário'). Talvez porque estes inquiridos tenham percursos de vida profissionais onde o esforço e experiência são premiados. Assim, quanto mais velho, mais sabedoria, e há que preparar com empenho o seu quotidiano futuro. Estes inquiridos ('2º, 3º CEB' e o 'ensino secundário') manifestam ainda uma frequência observada inferior à esperada no cluster 1 ('incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro') e frequência observada superior à esperada no cluster 3 ('competência, dependência e preparação pouco importante').
- No cluster 3 ('competência, dependência e preparação pouco importante'), tendem a ocorrer nos inquiridos que frequentaram níveis de escolaridade para além do 1º CEB ('2º, 3º CEB', 'ensino secundário' e 'ensino superior'). Por poderem possuir mais informação relativa ao processo de envelhecimento, sabem quais os seus ganhos e suas perdas. Neste sentido, os inquiridos reconhecem a acumulação de conhecimento, mas que em termos físicos o organismo vai sofrendo declínios progressivos. A ideia de pouca preparação poderá advir do facto de, mesmo tentando anular ou evitar o processo, esse é inevitável, surja mais tarde ou mais cedo. Os que possuem o '2º, 3º CEB' e o 'ensino secundário' manifestam ainda uma frequência observada inferior à esperada no cluster 1 ('incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro') e frequência observada superior à esperada no cluster 2 ('muita competência, independência, maturidade e preparação importante'); os com o 'ensino superior' apresentam ainda frequências observadas inferiores às esperadas no cluster 1 ('incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro') e cluster 2 ('muita competência, independência, maturidade e preparação importante').

Quadro 83 - Clusters versus situação profissão

Situação profissional	Clusters					
	C1 – Incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro (n=190)		C2 – Muita competência, independência, maturidade e preparação importante (n=226)		C3 – Competência, dependência e preparação pouco importante (n=287)	
	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas
<b>Desempregado</b>	4 (=)	4,9	8 (=)	5,8	6 (=)	7,3
<b>Doméstica</b>	28 (+)	16,5	18 (=)	19,6	15 (-)	24,9
<b>Empregado</b>	54 (-)	85,9	99 (=)	102,2	165 (+)	129,8
<b>Estudante</b>	19 (-)	28,9	43 (+)	34,4	45 (=)	43,7
<b>Reformado</b>	84 (+)	53	57 (-)	63	55 (-)	80
<b>Sem resposta</b>	1 (=)	0,8	1 (=)	1	1 (=)	1,2

Nota: os sinais (-), (=) e (+) pretendem ajudar a comparar as frequências esperadas e observadas

No que diz respeito à situação profissional dos inquiridos, verifica-se que (

Quadro 83):

- No cluster 1 ('incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro'), as 'domésticas' e os 'reformados' são quem tende a apresentar frequências observadas superiores às esperadas. São, à partida, os inquiridos que estão mais tempo em casa, com mais disponibilidade para pensar e planear o futuro com ponderação e serenidade. As 'domésticas' apresentam ainda uma frequência inferior à esperada no cluster 3 ('competência, dependência e preparação pouco importante') e não manifestam tendências quanto ao cluster 2 ('muita competência, independência, maturidade e preparação importante'), dado que a frequência observada é similar à esperada. Quanto aos 'reformados', apresentam frequências observadas inferiores às esperadas no cluster 2 ('muita competência, independência, maturidade e preparação

importante') e cluster 3 ('competência, dependência e preparação pouco importante').

- Quanto ao cluster 2 ('muita competência, independência, maturidade e preparação importante') os 'estudantes' tendem a apresentar frequências observadas superiores às esperadas. Esta imagem talvez se justifique pelo facto de serem os inquiridos que têm um acesso mais facilitado à informação e que por isso possuam imagens positivas e que adequem o seu comportamento e actividades nesse sentido. Estes inquiridos tendem ainda a manifestar uma frequência observada inferior à esperada no cluster 1 ('incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro') e a não apresentar tendências no cluster 3 ('competência, dependência e preparação pouco importante'), dado que a frequência observada é similar à esperada.
- Em relação ao cluster 3 ('competência, dependência e preparação pouco importante'). São os 'empregados' quem tende a apresentar frequências observadas superiores às esperadas. Provavelmente manifestam imagens mais ambivalentes e não pensam tanto no futuro por estarem ocupados com as questões inerentes a quem está na vida activa, questões mais imediatas e inadiáveis. Estes ainda manifestam frequências observadas inferiores às esperadas no cluster 1 ('incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro') e no cluster 2 ('muita competência, independência, maturidade e preparação importante').
- Em relação aos 'desempregados' não se observam tendências em nenhum dos clusters uma vez que as frequências observadas são similares às esperadas.

**Quadro 84 - Clusters versus estado civil**

Estado civil	Clusters					
	C1 – Incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro (n=190)		C2 – Muita competência, independência, maturidade e preparação importante (n=226)		C3 – Competência, dependência e preparação pouco importante (n=287)	
	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas
<b>Casado</b>	97 (-)	104,6	129 (+)	124,4	161 (+)	158
<b>Divorciado</b>	5 (=)	6,5	10 (=)	7,7	9 (=)	9,8
<b>Solteiro</b>	36	53,2	70	63,3	91	80,4

	(-)		(+)		(+)	
<b>Viúvo</b>	52	25,7	17	30,5	26	38,8
	(+)		(-)		(-)	

Nota: os sinais (-), (=) e (+) pretendem ajudar a comparar as frequências esperadas e observadas

No que diz respeito ao estado civil dos inquiridos, verifica-se que (

Quadro 84):

- No cluster 1 ('incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro') são os 'viúvos' que tendem a manifestar uma frequência observada superior à esperada. Esta imagem talvez se justifique pelo facto de serem estes quem sente mais a falta de um companheiro e do apoio que este lhe prestaria. Deste modo, tenderão a ter mais preocupação quanto à preparação da sua velhice, procurando compensar as desvantagens de se estar sozinho num futuro próximo. Estes inquiridos tendem ainda a manifestar frequências observadas inferiores às esperadas no cluster 2 ('muita competência, independência, maturidade e preparação importante') e cluster 3 ('competência, dependência e preparação pouco importante').
- No cluster 2 ('muita competência, independência, maturidade e preparação importante') são os 'casados' e 'solteiros' quem tende a apresentar frequências observadas superiores às esperadas. Estes inquiridos são, à partida, mais novos que os viúvos ou então, têm ou não uma relação por opção. Por esse motivo, consideram importante viver o presente de forma agradável e preparar o futuro. Os 'solteiros' poderão sentir a falta da presença de um companheiro, mas aceitar essa circunstância como algo comum e, provavelmente, como passageira. Daí o procurar aproveitar o dia-a-dia e, por outro lado, preparar o futuro para eventuais contratemplos. Em relação aos casados, poder-se-á justificar pelo facto de terem uma vida a dois, de apoio mútuo e por isso, pensar em conjunto soluções para as mudanças que se avizinham. Como a independência não terá sido imposta por viuvez, a totalidade destes inquiridos tende a achar que a velhice não é sinónimo de dependência, mas sim de uma independência natural e ao mesmo tempo, de capacidade e sabedoria. Os 'casados' e 'solteiros' tendem ainda a manifestar uma frequência observada inferior à esperada no cluster 1 ('incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro') e uma frequência observada superior à esperada no cluster 3 ('competência, dependência e preparação pouco importante').

- Quanto ao cluster 3 ('competência, dependência e preparação pouco importante'), quem tende a apresentar frequências observadas superiores às esperadas são os 'casados' e 'solteiros'. Esta imagem ambivalente talvez se justifique por estes inquiridos ainda não terem passado por situações de ruptura amorosa formal e na maioria das vezes imposta, nem por divórcio nem por viuvez. Daí não se preocuparem com a preparação da sua velhice. O ter um cônjuge em quem se apoiar pode conduzir a essa ideia de segurança, mas dependente; o não ter cônjuge, seja por opção ou por vicissitudes, poderá levar a uma aceitação da vida como um percurso que foi acontecendo segundo as circunstâncias que se apresentavam, de forma realista e natural. Perspectiva que se poderá reflectir na preparação para a velhice: é uma fase normal e incontornável, a vida segue o decurso que tem que seguir. Os 'casados' e 'solteiros' tendem ainda a manifestar uma frequência observada inferior à esperada no cluster 1 ('incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro') e uma frequência observada superior à esperada no cluster 2 ('muita competência, independência, maturidade e preparação importante').
- Em relação aos 'divorciados' não se observam tendências em nenhum dos clusters uma vez que as frequências observadas são similares às esperadas.
- 

**Quadro 85 - Clusters versus inquiridos com e sem filhos**

Filhos	Clusters					
	C1 – Incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro (n=190)		C2 – Muita competência, independência, maturidade e preparação importante (n=226)		C3 – Competência, dependência e preparação pouco importante (n=287)	
	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas
<b>Não</b>	44 (-)	64,3	80 (+)	76,5	114 (+)	97,2
<b>Sim</b>	146 (+)	125,7	146 (-)	149,5	173 (-)	189,8

Nota: os sinais (-), (=) e (+) pretendem ajudar a comparar as frequências esperadas e observadas

No que diz respeito às imagens expressas pelos inquiridos com filhos ou sem filhos, verifica-se que (Quadro 85):

- O cluster 1 ('incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro'), tende a ocorrer com mais frequência nos inquiridos 'com filhos'. Talvez o facto de sentirem que podem depender dos filhos os leve a

considerar uma fase de ócio e descanso. Contudo, por outro lado, acham que é muito importante preparar a velhice em termos futuros, talvez na perspectiva de não virem a ser uma sobrecarga para os filhos. Estes inquiridos manifestam ainda frequências observadas inferiores às esperadas no cluster 2 ('muita competência, independência, maturidade e preparação importante') e cluster 3 ('competência, dependência e preparação pouco importante').

- Em relação ao cluster 2 ('muita competência, independência, maturidade e preparação importante') tende a ocorrer com mais frequência nos inquiridos que 'sem filhos'. Estes apresentam imagens positivas da velhice provavelmente pelo facto de terem que contar só com eles mesmos, ou seja, não poderão depender de ninguém. Assim, consideram importante preparar a velhice no sentido de preservar a sua competência e independência. Além disso, manifestam preocupação em preparar a velhice tendo em conta não só o futuro, mas também o presente.
- No que diz respeito ao cluster 3 (competência, dependência e preparação pouco importante) tende a ocorrer com mais frequência nos inquiridos 'sem filhos'. Esta imagem poder-se-á dever ao facto de, uma vez que não possuem descendência, encarar a realidade de uma forma mais solitária e desamparada. A velhice é mais uma fase, com as suas características, e pouco se poderá fazer para as modificar, há que aceitar as suas vicissitudes. Estes inquiridos manifestam ainda uma frequência observada inferior à esperada no cluster 1 ('incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro').

**Quadro 86 - Clusters versus inquiridos que trabalha(ram) ou não com pessoas idosas**

Trabalho com pessoas idosas	Clusters					
	C1 – Incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro (n=190)		C2 – Muita competência, independência, maturidade e preparação importante (n=226)		C3 – Competência, dependência e preparação pouco importante (n=287)	
	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas
<b>Não</b>	139 (=)	140,5	166 (=)	167,2	215 (=)	212,3
<b>Sim</b>	49 (=)	47,3	60 (+)	56,3	66 (-)	71,4
<b>Sem resposta</b>	2 (=)	2,2	0 (-)	2,6	6 (+)	3,3

Nota: os sinais (-), (=) e (+) pretendem ajudar a comparar as frequências esperadas e observadas



No que diz respeito aos inquiridos que trabalham ou trabalharam ou não com pessoas idosas, verifica-se que (Quadro 86):

- No cluster 1 ('incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro'), todos os inquiridos, tenham 'trabalha(ra)m com pessoas idosas' e 'não trabalha(ra)m com pessoas idosas', não apresentam tendências em relação ao cluster 1 ('incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro'), uma vez que as frequências observadas são similares às esperadas.
- No cluster 2 ('muita competência, independência, maturidade e preparação importante') são os que 'trabalha(ra)m com pessoas idosas' quem apresenta uma frequência observada superior à esperada. Esta imagem poder-se-á dever ao facto de, o terem contactado directamente com as pessoas idosas, tenha resultado numa desmistificação de alguns estereótipos em relação à velhice. Apresentam imagens positivas da velhice e consideram importante prepará-la, talvez no sentido de preservar a competência e independência. Estes inquiridos manifestam ainda uma frequência observada inferior à esperada no cluster 3 ('competência, dependência e preparação pouco importante'). Em relação ao cluster 1 ('incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro'), tendem a não manifestar tendências, dado que as frequências observadas são similares às esperadas.
- Os inquiridos que 'não trabalha(ra)m com pessoas idosas' tendem a não manifestar tendências em nenhum dos três clusters, uma vez que as frequências observadas são similares às esperadas.

**Quadro 87 - Clusters versus freguesia de residência**

Freguesia	Clusters					
	C1 – Incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro (n=190)		C2 – Muita competência, independência, maturidade e preparação importante (n=226)		C3 – Competência, dependência e preparação pouco importante (n=287)	
	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas	Observadas	Esperadas
<b>Rural</b>	97 (=)	94,1	95 (-)	111,9	156 (+)	142,1
<b>Urbana</b>	93 (=)	95,9	131 (+)	114,1	131 (-)	144,9

Nota: os sinais (-), (=) e (+) pretendem ajudar a comparar as frequências esperadas e observadas

No que diz respeito à freguesia de residência dos inquiridos, verifica-se que (Quadro 87):

- No cluster 1 ('incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro'), todos os inquiridos, residam em 'freguesia rural' ou 'freguesia urbana', tendem a não manifestar tendências, dado que as frequências observadas são similares às esperadas.
- No cluster 2 ('muita competência, independência, maturidade e preparação importante') são os residentes em zona 'urbana' que apresentam uma frequência observada inferior à esperada. Esta imagem que poder-se-á justificar pelo facto de os indivíduos viverem mais afastados uns dos outros, sem redes sociais tão estreitas como nas zonas rurais. Como vêem as pessoas idosas autónomas e donas de conhecimentos acumulados, apresentam imagens positivas. Nas cidades, há a tendência para os indivíduos se verem obrigados a ter que ser mais independentes e olhar pelos seus próprios interesses, não contando tanto com o apoio próximo de familiares. Talvez por esse motivo considerem muito importante preparar a velhice, tanto em termos presentes como futuros. Estes inquiridos manifestam ainda uma frequência observada inferior à esperada no cluster 3 ('competência, dependência e preparação pouco importante'). Quanto ao cluster 1 ('incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro'), não apresentam tendências, dado que a frequência observada é similar à esperada.
- No cluster 3 ('competência, dependência e preparação pouco importante') são os residentes em zona 'rural' quem manifesta uma frequência observada superior à esperada. Esta imagem poder-se-á dever ao facto de estarem mais ligados à ordem natural da vida, aos ciclos sucessivos da agricultura, pelo que a velhice é mais uma fase, com os seus inevitáveis ganhos e perdas. Há uma acumulação de conhecimento, mas em termos físicos o organismo vai sofrendo declínios progressivos, pelo que pouco se poderá fazer para modificar esse processo, aceitando-o com naturalidade. Estes inquiridos tendem ainda a manifestar uma frequência observada inferior à esperada no cluster 2 ('muita competência, independência, maturidade e preparação importante'). Quanto ao cluster 1 ('incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro'),

não apresentam tendências, dado que a frequência observada é similar à esperada.

Uma vez que este grupo de imagens resultou da interacção de todos os factores e das imagens do envelhecimento e da velhice com as imagens da preparação de um envelhecimento bem sucedido, apresenta-se no Anexo 5 uma outra organização dos resultados por forma a uma melhor compreensão destas imagens do envelhecimento e da velhice e da sua preparação. Podem observar-se, de forma conjunta, todas as imagens obtidas e por variáveis sociodemográficas dos inquiridos.

Neste capítulo procedeu-se à apresentação e leitura dos resultados obtidos nas escalas utilizadas (ImAge e ImPreVe).

Da análise dos dados da escala ImAge surgiram os factores 'incompetência relacional e cognitiva', 'dependência física e emocional e antiquado' e 'maturidade relacional e cognitiva', emergindo três imagens do envelhecimento e da velhice: 'forte incompetência e dependência e maturidade', 'competência, independência e maturidade' e 'incompetência e dependência e maturidade'.

Da análise dos dados da escala ImPreVe, surgiram os factores 'viver o quotidiano com gosto', 'promover o bem-estar', 'ocupar os tempos livres', 'ter projectos de vida' e ser pró-activo', emergindo três imagens da preparação de um envelhecimento bem sucedido: 'despreocupação, 'viver o quotidiano' e 'envolvimento global com a vida'.

Por fim, da interacção de todos estes factores e de todas estas imagens manifestadas pelos inquiridos, apresentaram-se as três imagens da velhice e da preparação do envelhecimento que emergiram: 'incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro', 'muita competência, independência, maturidade e preparação pouco importante' e 'competência, dependência e preparação pouco importante'. Passa-se à discussão destes resultados e suas implicações.

## **Capítulo 6 - Discussão dos resultados e implicações**

---

### **Introdução**

Neste capítulo procede-se à discussão dos resultados, considerando as suas implicações. O capítulo está estruturado de acordo com os objectivos gerais e específicos traçados para este estudo: (i) imagens do envelhecimento e da velhice, (ii) imagens da preparação da velhice e (iii) a relação entre estes dois grupos de imagens. Procura também identificar possíveis linhas de intervenção que permitam modificar imagens da velhice e da sua preparação, capazes de promover activamente um envelhecimento bem sucedido. Tendo em consideração que a amostra deste estudo é representativa da população portuguesa, as imagens do envelhecimento e da velhice que surgiram podem indicar as tendências dos portugueses.

### **1. Imagens do envelhecimento e da velhice e importância da sua preparação**

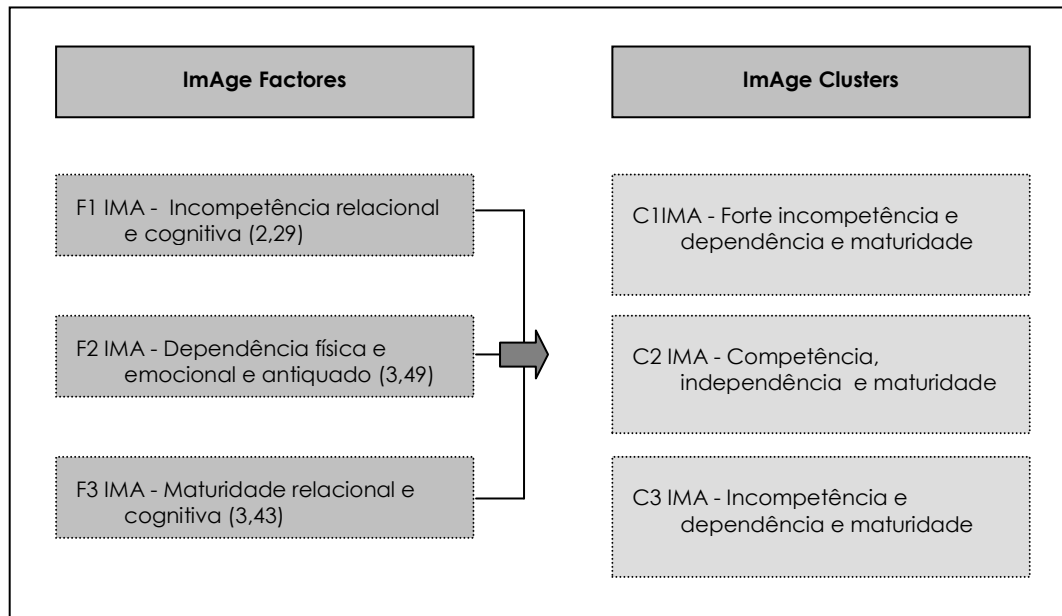
#### **1.1. Estrutura e conteúdos das imagens**

A estrutura e conteúdo das imagens do envelhecimento e da velhice e a importância da sua preparação, emergentes neste estudo, sugerem que os portugueses tendem a manifestar imagens de moderadas a fortes, multidimensionais, complexas e inconsistentes.

A moderação das imagens é evidente nas médias obtidas nos factores emergentes das escalas ImAge e ImPreVe. Na escala ImAge (imagens do envelhecimento e da velhice), apresentam médias moderadas nos três factores: 'incompetência relacional e cognitiva' (2,29), 'dependência física e emocional e antiquado' (3,49) e 'maturidade relacional e cognitiva' (3,43). Numa escala de 1 a 5, os participantes

respondem em torno do 3, situados tendencialmente no “não concordo nem discordo” (Tabela 3).

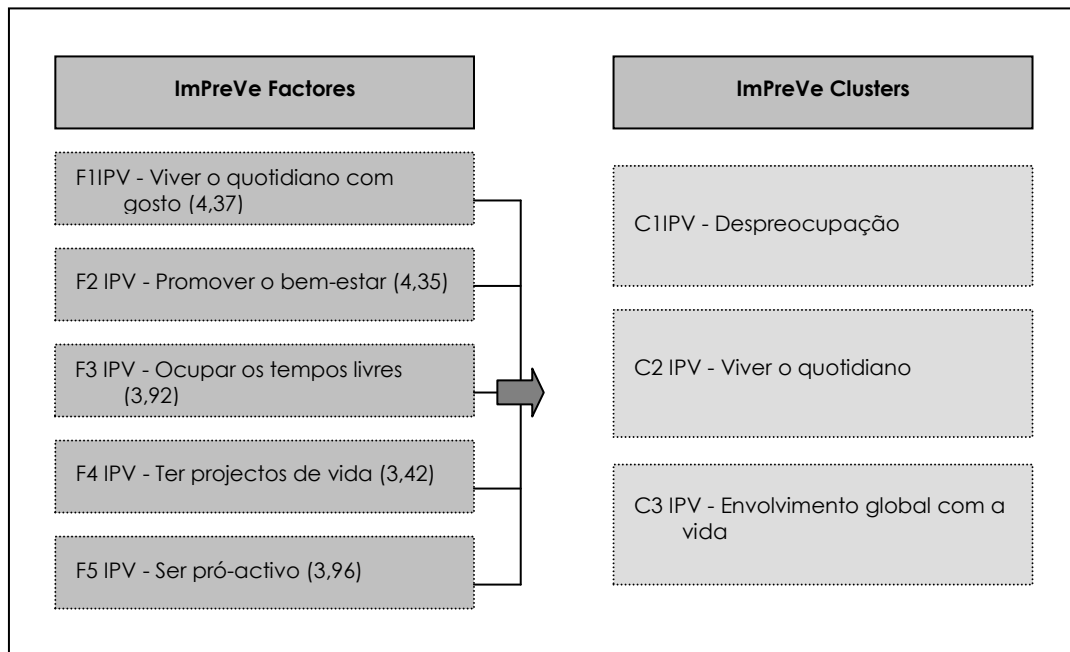
**Tabela 3 – Imagens do envelhecimento e da velhice: factores e clusters da escala ImAge (IMA)**



(Legenda: F – Factor; C – Cluster)

Na escala ImPreVe (imagens da preparação da velhice), as médias dos cinco factores apresentam-se elevadas: ‘viver o quotidiano com gosto’ (4,37), ‘promover o bem-estar’ (4,35), ‘ocupar os tempos livres’ (3,92), ‘ter projectos de vida’ (3,42) e ‘ser pró-activo’ (3,96). Numa escala de 1 a 5, os participantes respondem em torno do 4, situados tendencialmente no “concordo” (Tabela 4).

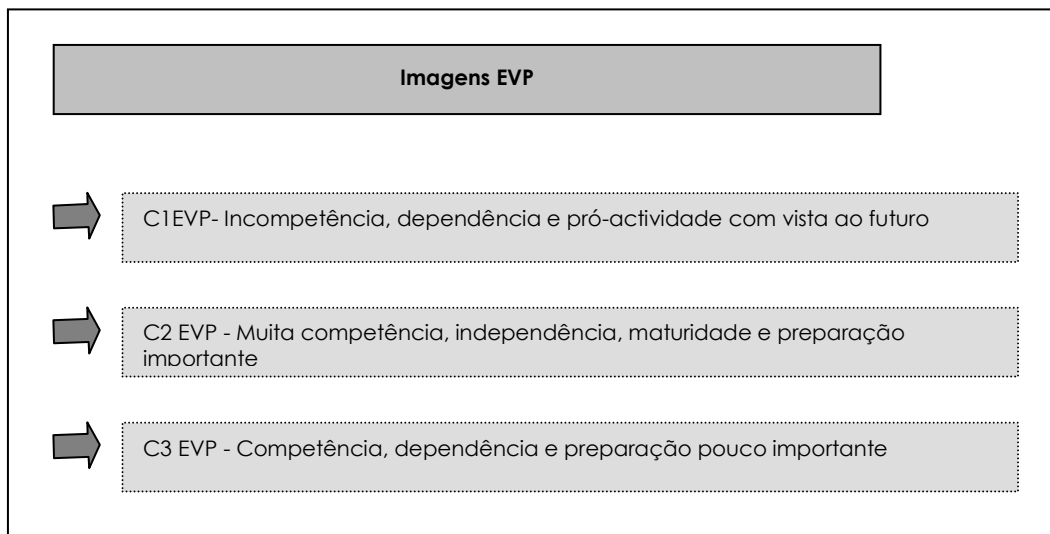
**Tabela 4 – Imagens da preparação para um envelhecimento bem sucedido: factores e cluster da escala ImPreVe (IPV)**



(Legenda: F – Factor; C – Cluster)

As imagens do envelhecimento e da velhice e as da importância da sua preparação (Tabela 5) emergem como multidimensionais e complexas, uma vez que englobam conteúdos diversos: cognitivo (incompetência e competência cognitiva, maturidade cognitiva), físico (dependência e independência física), afectivo (dependência e independência emocional), social (incompetência e competência relacional, antiquado e maturidade relacional) e bem-estar cognitivo e físico (viver o quotidiano com gosto, promover o bem-estar, ter projectos de vida, ocupar os tempos livres, ser pró-activo).

**Tabela 5 – Imagens do envelhecimento e da velhice e sua preparação (EVP)**



(Legenda: C – Cluster)

A velhice e o envelhecimento e a sua preparação são dimensionados em várias perspectivas, nomeadamente a biológica, funcional, psicológica, cognitiva, social e afectiva.

A inconsistência das imagens é evidente no cluster 3 'competência, dependência e preparação pouco importante': a competência incide em elementos cognitivos e relacionais e a dependência em elementos físicos, onde a pessoa idosa é vista simultaneamente como relacionalmente madura e competente, mas dependente dos outros em termos físicos. Esta duplicidade de elementos positivos e negativos por parte da população portuguesa sugere que, por um lado, a prática e o conhecimento resultantes dos anos vividos munem pessoas idosas de competências de compreensão do mundo; por outro, a capacidade e autonomia física, destreza e força tendem a diminuir. Não adiantará ao indivíduos preocuparem-se com a preparação da velhice, dado que o processo decorrerá com naturalidade, com os ganhos e perdas que são inerentes ao envelhecimento.

Verifica-se uma variabilidade na população portuguesa quanto à natureza das imagens do envelhecimento e da velhice (as negativas, as positivas e as ambivalentes) e a importância da sua preparação (que varia desde pouco importante até muito importante) (anexo 5). Os que manifestam imagens ambivalentes (negativas e positivas em simultâneo) tendem a não se preocupar com o presente nem a preparar o futuro; os que manifestam imagens positivas tendem a viver o dia-a-dia, mas também a planear o seu futuro; e os que

manifestam imagens negativas do envelhecimento e da velhice tendem a focalizar-se apenas no futuro. Ou seja, para os inquiridos que perspectivam a presença de ganhos e perdas em simultâneo, a preparação é pouco importante, enquanto que os que apresentam imagens globalmente positivas ou globalmente negativas, destacam a importância da preparação do envelhecimento e da velhice.

A variável idade também tem influência na importância atribuída à preparação da velhice: os mais novos pouco a valorizam, enquanto que os mais velhos já consideram que deve ser tida em conta.

Para uma leitura mais fácil dos resultados obtidos neste estudo, utilizar-se-ão as seguintes siglas relativas aos clusters que emergiram: IMA (relativo às imagens do envelhecimento e da velhice), IPV (relativo às imagens da preparação de um envelhecimento bem sucedido) e EVP (relativo às imagens do envelhecimento e da velhice e sua preparação).

## 1.2. Caracterização das imagens

Neste estudo, numa amostra de 800 inquiridos e representativa da população portuguesa, emergiram três imagens (clusters) do envelhecimento e da velhice e sua preparação (EVP): 'competência e dependência e preparação pouco importante', 'muita competência, independência, maturidade e preparação importante' e 'incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro'. Estas imagens apresentam tendências consoante algumas características sociodemográficas da amostra (tais como idade, habilitações académicas, estado civil, profissão, género, ter ou não filhos, experiência ou não de trabalho com pessoas idosas e freguesia de residência). Passa-se a comentá-las.

- **Imagem 'competência e dependência e preparação pouco importante'**

A imagem 'competência e dependência e preparação pouco importante' (C3 EVP) é a que envolve maior percentagem de inquiridos (40,8%). Espelha a ideia do envelhecimento e da velhice como um processo e uma fase em que se adquire maturidade relacional e cognitiva. A pessoa idosa é perspectivada como alguém que se sente bem e que sabe aproveitar os bons momentos da vida, onde há lugar para a expressão de afectos. A prática e o conhecimento resultantes dos anos vividos munem as pessoas idosas de competências relacionais e cognitivas. No



entanto, é também uma fase de surgimento da deterioração física e de doenças, de aproximação da morte, o que torna a pessoa idosa dependente. A imagem de perda de capacidade e autonomia físicas, de destreza e força, tendem a surgir. Esta perspectiva constituída por elementos positivos e negativos conduz a uma desvalorização da preparação da velhice: há ganhos e perdas que são inerentes ao envelhecimento, pelo que esse processo deverá seguir o seu decurso natural, sem grandes cuidados. A sua preparação é então considerada como pouco importante. Esta imagem predomina nos inquiridos com idades entre 13-27 anos e 33-47 anos, do género masculino, com escolaridade média ou superior (com 2º, 3º CEB, ensino secundário e superior), empregados, casados e solteiros, sem filhos e com residência rural (anexo 5).

Os inquiridos que pertencem ao grupo etário 13-27 anos correspondem a 29,7% e os que se encontram no grupo etário 33-47 anos, a 34,1% (o que perfaz 63,8% dos participantes classificados neste cluster). Estes inquiridos tendem a manifestar uma imagem positiva do envelhecimento e da velhice, a de 'competência e independência e maturidade' (C2 IMA). Contudo, os mais novos (13-27 anos) tendem ainda a manifestar uma imagem negativa moderada do envelhecimento e da velhice, a de 'incompetência e dependência e maturidade' (C3 IMA). A presença de inquiridos até aos 47 anos nesta imagem ('competência e dependência e preparação pouco importante') pode associar-se ao facto de estes ainda não viverem as grandes transformações que o processo de envelhecimento implica. Os que ultrapassaram esse limite de idade vivenciarão já algumas mudanças, enquanto que estes ainda lhes atribuirão, em termos hipotéticos e distantes, tanto aspectos negativos como positivos. Neste sentido, consideram que há perdas, mas também ganhos, pelo que a preparação do envelhecimento e da velhice se torna pouco relevante para esse equilíbrio. Como têm uma imagem ambivalente do envelhecimento e da velhice (com um elemento negativo, a dependência, a par de um elemento positivo, a competência), a prevenção não é tida como importante. Interessa antes viver o dia-a-dia e sem o objectivo de determinar a fase da velhice. Ainda quanto à importância dessa preparação, também os inquiridos com 33-47 anos tendem a manifestar as imagens de 'despreocupação' (C1 IPV) e de 'viver o quotidiano' (C2 IPV) (31% e 47,6% respectivamente, dos participantes classificados nesses clusters). Ou seja, verifica-se a tendência para não se preocuparem com esse aspecto ou a situá-lo nas actividades diárias (e não tanto em actividades direccionadas para o futuro) e a não darem tanta importância à preparação dos anos que se avizinham.

Esta tranquilidade virada para o dia-a-dia talvez esteja relacionada com o predomínio de inquiridos sem filhos e empregados.

Quanto à presença dos inquiridos sem filhos (39,7% dos participantes classificados neste cluster), tal pode justificar-se por não terem preocupações com o cuidar e educar os descendentes; ou seja, não têm que pensar, em termos de responsabilidade futura, por alguém que dependa de si. Neste sentido, a preparação não surge como relevante.

No que concerne aos empregados (57,5% dos participantes classificados neste cluster), as preocupações com a carreira profissional preenchem muito o seu quotidiano, sendo para si suficiente ocupar-se com outras as questões na altura da reforma. Daí que a preparação para a velhice seja descurada. Os inquiridos que predominam nesta imagem tanto são solteiros como casados (31,7% e 56,1% dos participantes classificados neste cluster, respectivamente), talvez em resultado de o grupo etário 13-27 anos ser provavelmente constituído por solteiros e o grupo etário 33-47 anos, provavelmente constituído por casados.

O que também pode justificar a presença de inquiridos masculinos nesta imagem é o facto de os homens se preocuparem tendencialmente menos com as mudanças na aparência física relacionadas com o envelhecimento. Como tendem a ser menos estigmatizados por atitudes velhistas do que as mulheres, tal aspecto pode repercutir-se numa menor ansiedade em relação às alterações devidas à velhice (Cummings, Kropf, & DeWeaver, 2000; Hummert, Gartska, & Shaner, 1997; McConatha et al., 2003; Smolensky, Danziger, & Gottchalk, 1988, citados em Moody, 2002; Withbourne & Sneed, 2002). Os homens também tendem a apresentar maior conhecimento sobre o processo de envelhecimento, o que pode estar relacionado com a escolaridade média ou superior que os inquiridos desta imagem possuem (com 2º, 3º CEB, ensino secundário e superior, e que perfazem 57,8% dos participantes classificados neste cluster). O ter-se conhecimento sobre o processo de envelhecimento levará, possivelmente, à compreensão dos ganhos e das perdas associados à velhice, ou seja, a formar-se uma imagem da velhice com aspectos positivos e negativos. Pode, assim, também conduzir à adopção de estratégias e hábitos de vida quotidiana saudáveis, considerando-se que o importante é o dia-a-dia e não a preparação com uma meta específica, situada algures no futuro.

Esta imagem predomina nos participantes com residência rural (54,4% dos participantes classificados nesse cluster), que também manifestam a imagem de

'despreocupação' (C1 IPV) quanto à preparação da velhice. A literatura sugere que os membros das comunidades rurais tendem a sentir-se parte integrante de um tecido intergeracional, em contraponto aos das comunidades urbanas, mais individualistas e onde as pessoas idosas se encontram mais vulneráveis em termos de redes sociais (Gerger & Gergen, 2001; Westerhof & Barret, 2005). Há, deste modo, a tendência para uma maior aceitação da velhice como uma fase normal da vida, com aspectos positivos e negativos e sem necessidade de grande preparo.

- **Imagem 'muita competência, independência, maturidade e preparação importante'**

A imagem 'muita competência, independência, maturidade e preparação importante' (C2 EVP) corresponde a cerca de um terço dos inquiridos (32,1%), podendo ser apresentada como uma imagem positiva e de cariz diligente na preparação da velhice. Reflecte a ideia do envelhecimento e da velhice como um processo e uma fase da vida onde se adquire maturidade relacional e cognitiva. Nesta imagem, a pessoa idosa é descrita como alguém que sabe aproveitar os bons momentos da vida, busca actividades lúdicas significativas, possui uma vertente espiritual e aceita a velhice com realismo. É alguém que cuidou da saúde física, mental e emocional de forma a prevenir possíveis problemas, que investiu num bom ambiente familiar e de amizade e que procurou ter projectos de vida como base para um futuro bem-estar material e emocional. Está implícita a ideia de adaptação ao dia-a-dia e concretização de actividades quotidianas. Predomina nos inquiridos com idades entre 13-27 anos e 53-67 anos, do género masculino, com escolaridade média (com 2º, 3º CEB e ensino secundário), estudantes, casados e solteiros, sem filhos, que trabalha(ra)m com as pessoas idosas e com residência urbana (anexo 5).

Os inquiridos mais novos (13-27 anos) também manifestam uma imagem positiva do envelhecimento e da velhice, a de 'competência e independência e maturidade' (C2 IMA) e uma imagem negativa moderada, a de 'incompetência e dependência e maturidade' (C3 IMA). Consideram que a preparação da velhice estará relacionada com a presença da vertente positiva (31% dos participantes classificados nesse cluster). Ou seja, a preparação da velhice é importante, pois promove a competência e independência da pessoa idosa. A sua presença nesta imagem pode justificar-se por ainda não sentirem as limitações do envelhecimento, podendo, inclusive, ter algumas ilusões quanto a esse processo. Poderá ser um

possível contacto próximo intergeracional, com bisavós, avós ou pais mais velhos ainda activos, que influencia uma visão positiva da velhice, talvez destacando os aspectos emocionais e descurando os físicos. Além disso, poderão considerar que os cuidados e as precauções poderão diminuir as dificuldades sentidas na velhice. Brandtstädter & Baltes-Götz (1990) sugerem que a sensação de controlo de factores internos, que influenciam o alcance de objectivos ao longo do desenvolvimento de um indivíduo, é maior nos mais novos do que nos mais velhos. Os mais novos tendem a descurar os factores externos e dão primazia aos factores passíveis de serem controlados. Talvez isto justifique a eficácia que os inquiridos mais novos atribuem a uma preparação da velhice.

Já a manifestação dos inquiridos mais velhos (53-67 anos) nesta imagem pode dever-se à aproximação da idade da velhice (24,8% dos participantes classificados nesse cluster). Wachelke et al. (2008) sugerem que com o passar dos anos há tendência para o indivíduo modificar a forma como a percepçiona. Já não se trata de um fenómeno distante, que não lhe diz respeito. A aproximação dessa fase, em conjunto com a experiência de vida e sabedoria, proporciona a desmistificação do processo de envelhecimento: o envelhecer e a velhice tornam-se mais concretos no quotidiano, tendo consciência dos ganhos e aceitando de forma mais natural as perdas. Já sentem os seus efeitos pelo que, o que antes era incógnito, é agora desmistificado. O envelhecimento e a velhice são então perspectivados como positivos e passíveis de intervenção no seu decurso. Baltes & Baltes (1993) sugerem que aquando da entrada na velhice, o indivíduo já foi desenvolvendo progressivamente, ao longo da vida, mecanismos cognitivos de compensação das perdas no processo de envelhecimento. Talvez por isso a preparação surja como importante, agora que com esta idade se percebe em que aspectos se pode intervir.

O género masculino predomina nesta imagem mais positiva da velhice, cuja preparação é importante. Usualmente são as mulheres as incumbidas da responsabilidade de cuidar das pessoas idosas dependentes, libertando os homens do confronto com os aspectos limitativos trazidos pela idade, o que pode justificar uma imagem positiva por partes destes. Talvez por isso, também não encarem as possíveis perdas como naturais e inevitáveis, considerando importante prevenir ou atenuar através da preparação. A velhice pode ser uma fase boa, desde que haja cuidados e a adopção de estratégias nesse sentido. Estes resultados não são consistentes com a literatura, que sugere que os homens tendem a ser menos ansiosos e a preocupar-se menos com as mudanças da velhice do que as

mulheres, ou seja, terão menos cuidados adicionais com o processo de envelhecimento (Cummings, Kropf, & DeWeaver, 2000; McConatha et al., 2003). Também se poderá justificar esta tendência quanto à importância atribuída à preparação da velhice por pertencerem ao grupo etário mais jovem (13-27 anos) e ao da entrada na velhice (53-67 anos). Os primeiros, como ainda não sentem as mudanças da idade, acharão relevante precaverem-se em relação a um possível enfraquecimento. Os segundos (53-67 anos) já sentirão a influência que alguns hábitos de vida menos saudáveis exerceram na sua condição global de saúde. Uma preparação em termos preventivos ou atenuadores é, assim, muito valorizada.

Verifica-se a presença de inquiridos que são solteiros, sem filhos e estudantes, o que também pode justificar-se por pertencerem ao grupo etário dos 13-27 anos. Os participantes solteiros e sem filhos (31% e 35,4% dos participantes classificados neste cluster, respectivamente) poderão ter uma visão mais positiva e simplificada da velhice. Serão mais autocentrados, comparativamente aos que têm um relacionamento amoroso ou filhos. Ou seja, contam consigo e tenderão a cuidar-se mais. Como manifestam imagens positivas da velhice no presente, poderão considerar que tal se deverá a intervenção atempada. Perspectivam o processo de envelhecimento como elementar, onde é possível controlar algumas dimensões da velhice, pelo que uma preparação determinará a sua natureza e direcção.

Os estudantes também manifestaram a tendência de 'envolvimento global com a vida' (C3 IPV) em relação à preparação da velhice. A sua presença nesta imagem pode relacionar-se com o terem conhecimentos sobre estratégias para um bom processo de envelhecimento, consideradas por Baltes & Baltes (1993) como competências essenciais para um envelhecimento bem sucedido. Por isso, não será de admirar que os inquiridos desta imagem possuam um nível de escolaridade médio (com 2º, 3º CEB e ensino secundário), com acesso a informação fundamental. Há que zelar pela saúde, sabendo que esses cuidados influenciarão o decurso da velhice.

Também se verifica, pois, a presença de inquiridos casados (57,1% dos participantes classificados neste cluster) nesta imagem. Como já referido anteriormente, o padrão recorrente é serem as mulheres a cuidar dos familiares idosos, pelo que os casados (nesta imagem, do género masculino) relegarão essa responsabilidade para as esposas e, provavelmente, também para as irmãs ou parentes próximas. Tendem a manifestar, por isso, uma imagem positiva do envelhecimento e da velhice, talvez por não terem a cargo essa responsabilidade familiar, mas também se pode justificar pela idade. À partida, muitos destes inquiridos pertencerão ao

grupo etário dos 53-67 anos, que já sentirá as mudanças trazidas pela idade, que verifica como os comportamentos e hábitos adoptados influenciam a forma como se envelhece e se apercebem da importância da manutenção da saúde. Além disso, as mulheres idosas tendem a manter mais actividade física, na maioria em funções domésticas, o que pode resultar numa imagem positiva para estes inquiridos (Sousa & Cerqueira, 2006). Talvez por estes motivos, a preparação da velhice lhes surja como importante.

Constata-se que nesta imagem predominam as pessoas que trabalha(ram) com as pessoas idosas (26,5% dos participantes classificados neste cluster). O contacto directo com a velhice e os cuidados que devem ser adoptados ou prestados terão influenciado a tendência para se encarar a preparação como importante. Talvez por este motivo também tenham manifestado, na preparação dessa idade mais avançada, a tendência para 'viver o quotidiano' (C2 IPV) e 'envolvimento global com a vida' (C3 IPV). Há então que focalizar dimensões como a saúde física e a de carácter afectivo, determinantes na qualidade de vida na velhice.

A presença de inquiridos com residência urbana nesta imagem (58% dos participantes classificados neste cluster) pode dever-se ao facto de a capacidade física (para sustento) não ser tão valorizada nas zonas urbanas como nas rurais, onde o trabalho e esforço físico são essenciais (nas zonas urbanas essa capacidade também é valorizada, mas exercida de outra forma: o 'culto do corpo' enquanto componente estética). Talvez este aspecto justifique as imagens positivas do envelhecimento e da velhice por parte de inquiridos urbanos, onde a produtividade passa muito pelas capacidades intelectuais (muita empregabilidade no sector terciário). É também nas zonas urbanas onde existe mais oferta de equipamentos e serviços que poderão promover a manutenção de certas capacidades, como competências e alguma independência. Estas são assim vistas como passíveis de serem mantidas ou trabalhadas se houver apoio. As comunidades urbanas tendem a ser mais individualistas do que as rurais e onde ser independente, forte, vigoroso, capaz de tomar decisões e escolher o seu modo de vida é promovido (Gergen & Gergen, 2001). Há, assim, uma disposição para a realização sustentada na individualidade, independência e dimensões privadas. A preparação pessoal da velhice assume, deste modo, contornos relevantes, dado que não se terá o suposto apoio comunitário das comunidades rurais (Westerhof & Barret, 2005). Há, pois, que cuidar de si: a preparação da velhice é valorizada, procurando prolongar-se a vertente positiva o máximo possível.

- **Imagem 'incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro'.**

A imagem 'incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro' (C1 EVP) (27%) é a que inclui menor número de inquiridos, sendo uma imagem mais negativa, mas de cariz pró-activo quanto à preparação da velhice. Espelha a opinião de que nessa fase se tem mais necessidade de repouso, atenção e paciência por parte dos outros, já que os indivíduos se tornam aborrecidos, rabugentos, teimosos, amargurados e inábeis em termos cognitivos, apresentando um discurso incoerente. É, assim, uma fase difícil da vida devido ao surgimento da deterioração física e de doenças, assim como a aproximação da morte. Uma pessoa velha precisa de ajuda em termos de saúde física e emocional, o que a torna dependente e limitada na interacção com os outros. Tende a não se adaptar à actualidade, a viver imersa no passado.

A necessidade de preparar essa fase é acentuada nesta imagem, perspectivada de forma negativa (com a presença da incompetência e dependência): planeia-se a velhice com vista à anulação ou atenuação dos potenciais problemas. Destacam-se os projectos de vida e a pró-actividade com vista ao futuro, pelo que se considera necessário precaução em termos de bem-estar material e emocional através de planos profissionais (quando existe um razoável nível de escolaridade) ou familiares. Torna-se, assim, importante ter brio, andar bem arranjado, conhecer outras pessoas e lugares e manter uma prática espiritual que dê força e serenidade.

Esta imagem predomina nos sujeitos a partir dos 53 anos (53-67 anos e 73-87 anos), do género feminino, com nenhuma ou baixa escolaridade, domésticas e reformados, viúvos e com filhos (anexo 5). Estes inquiridos manifestam a imagem mais negativa em relação ao envelhecimento e à velhice, a de 'forte incompetência e dependência e maturidade' (C1 IMA) (à excepção do grupo etário 53-67 anos, que manifesta a imagem de 'incompetência e dependência e maturidade' (C3 IMA)). Quanto à preparação da velhice, os inquiridos do género feminino e os reformados indicaram 'viver o quotidiano' (C2 IPV), enquanto que os restantes, 'envolvimento global com a vida' (C3 IPV).

São os inquiridos dos dois grupos etários mais velhos (68,4% dos participantes estão classificados nesta imagem: 25,8% têm 53-67 anos e 42,6% têm 73-87 anos) que tendem a manifestar esta imagem negativa, na qual preparação da velhice é importante. Estes inquiridos também manifestam as imagens da velhice mais negativas: os com 53-67 anos, 'incompetência e dependência e maturidade' (C3

IMA) e os com 73-87 anos, 'forte incompetência e dependência e maturidade' (C1 IMA).

A presença destes inquiridos nesta imagem pode justificar-se por três motivos. Um primeiro, centra-se na recordação que estes inquiridos têm de fases anteriores da vida, onde as perdas (de saúde e capacidades físicas ou nas relações familiares e sociais) não eram tão evidentes. Um segundo motivo, foca a vivência actual dessas perdas (generalizadas aqui em incompetência e dependência), aliadas à percepção de um aumento da vulnerabilidade. Já terão passado por várias experiências de vida, entendendo que planejar o futuro (no sentido de um envelhecimento bem sucedido) passa pela prevenção ou atenuação de algumas dificuldades. A sua antecipação diminui a probabilidade de ocorrerem e reveste-se de natureza pró-activa (Moen & Erickson, 2001). Neste sentido, a qualidade de vida na velhice passará pela manutenção do bem-estar físico, mental e emocional, aspectos que já não são tomados como adquiridos (como acontece com as gerações mais novas). Um terceiro motivo da presença dos inquiridos mais velhos nesta imagem relaciona-se com a noção de produtividade: quem já não é útil em termos sociais é estigmatizado, perde estatuto social, embora possa ser um cidadão prestável (Gergen & Gergen, 2001). Talvez por isso considerem que a preparação do envelhecimento e da velhice seja tão importante, especialmente as actividades que se prolongarão e terão repercussões no futuro.

A presença de inquiridos do género feminino (58,9% dos participantes classificados neste cluster) influencia esta imagem (também manifestaram a imagem de 'forte incompetência e dependência e maturidade' (C1 IMA) em relação à velhice e ao envelhecimento). São as mulheres quem tende a vivenciar de forma mais negativa o processo de envelhecimento e a serem mais estigmatizadas em termos sociais pelas alterações da velhice. Num estudo realizado por Sousa & Cerqueira (2006) sobre a influência do género nas imagens da velhice, sugere-se que as mulheres idosas tendem a sentir-se menos atraentes e com menor auto-estima do que os homens e a auto-atribuir-se a imagem de incapacidade e dependência. São também as mulheres quem geralmente fica com a responsabilidade de cuidar dos familiares mais velhos, tendo noção das práticas e hábitos mais salutareis e indicados para a saúde. Talvez por isso estes inquiridos influenciem a componente de pró-actividade com vista ao futuro presente nesta imagem, pois manifestam a necessidade de 'envolvimento global com a vida' (C3 IPV) e de 'viver o quotidiano' (C2 IPV). As mulheres tendem a focalizar questões relacionais e de lazer, assim como a considerar vários problemas ao mesmo tempo. Estes factores



ligam-se com a integração social, sendo sugerido por Moen, Dempster-McClain, & Williams (1992) que contribuem para um envelhecimento bem sucedido.

A idade também influencia o predomínio de domésticas, reformados, viúvos e inquiridos com nenhuma ou baixa escolaridade nesta imagem (14,7%, 44,2%, 27,4% e 71,1% dos participantes classificados neste cluster, respectivamente). Estes inquiridos também manifestaram 'forte incompetência e dependência e maturidade' (C1 IMA) em relação à velhice e ao envelhecimento e 'envolvimento global com a vida' (C3 IPV) quanto à preparação da velhice (os reformados ainda manifestaram 'viver o quotidiano' (C2 IPV)). Em geral, os indivíduos que se inserem nestas categorias sociodemográficas exercem ou passaram a exercer uma actividade em casa, centrada em aspectos domésticos e familiares, ou possuem empregos de fraca valorização social. Muitos passaram a ter mais tempo disponível e com menores rendimentos (porque são domésticas ou entraram na reforma), há uma possível frágil rede social (pois tendencialmente será mais centrada na família) e há uma possível perda de estatuto (reformados). Estes inquiridos, com mais de 53 anos, já sentirão algumas limitações do envelhecimento e tenderão a ter um quotidiano mais isolado e sem tantas interacções (em especial os viúvos e reformados), pelo que a solidão estará mais presente. A literatura sugere que a manutenção das relações sociais são essenciais na prevenção da depressão e incapacidade cognitiva e na promoção do bem-estar e satisfação com a vida (Phillipson, 1998; Strawbridge et al., 1996). Os inquiridos com nenhuma ou baixa escolaridade tenderão a exercer profissões mais mal pagas e com menor estatuto social, pelo que viverão mais situações de alguma escassez e frustração. São contextos que fomentam o surgimento da vulnerabilidade social, juntando-se à relativa à idade, que poderá influenciar a imagem negativa do envelhecimento e da velhice (Brandtstädter & Baltes-Götz, 1990).

Todos estes factores em conjunto poderão dar origem a uma valorização da pro-actividade como forma de preparar a velhice, para que não seja (tão) negativa. Aspectos que se inserem nesta dimensão, apontados pelos inquiridos, são o não descurar a importância da formação na juventude e consequente tipo de emprego (e salário), ter interesse no que a vida tem para oferecer, conhecer pessoas e sítios novos, destacar a importância da família. Além disso, o recurso à serenidade e força espiritual é também considerado como essencial (o que também se poderá justificar pela idade mais avançada dos inquiridos, tendencialmente mais religiosos e praticantes).

A presença de inquiridos com filhos (76,8% dos participantes classificados neste cluster e que também manifestaram 'forte incompetência e dependência e maturidade' (C1 IMA) em relação à velhice e ao envelhecimento), pode justificar-se por nesta fase da vida não quererem ser ou percepcionar-se como um incómodo para os seus descendentes (Gergen & Gergen, 2001). Sentem as alterações progressivas devidas ao processo de envelhecimento, que poderão resultar numa potencial incapacidade e dependência. Nessa altura, poderão ter que ficar aos cuidados dos seus filhos, perspectivando a velhice como negativa e enfatizando a necessidade de a preparar e minimizar. Neste sentido, há que precaver as condições necessárias para que a vivam melhor e de modo o mais independente possível.

Passa-se agora a comentar estes resultados em função da literatura existente.

### **1.3. As imagens do envelhecimento e da velhice e a importância da sua preparação**

Parece haver na população portuguesa uma relação entre a natureza das imagens do envelhecimento e da velhice e as que dizem respeito à sua preparação. Verifica-se uma influência das primeiras na forma como se estrutura e concretiza um envelhecimento bem sucedido, constatando-se um padrão particular.

Os inquiridos que manifestam ou uma imagem globalmente negativa ou uma imagem globalmente positiva preocupam-se com a preparação da velhice: os que manifestam imagens positivas tendem a centrar-se no dia-a-dia, mas também a planear o seu futuro; os que manifestam imagens negativas do envelhecimento e da velhice tendem a focalizar-se não no presente, mas apenas no futuro, no que respeita à sua preparação. Quanto aos que manifestam uma imagem ambivalente (positiva e negativa em simultâneo, onde há ganhos e perdas), essa preocupação não emerge, nem em termos presentes nem futuros, considerando-se pouco importante.

Assinala-se um padrão quanto a duas variáveis sociodemográficas, a idade e a freguesia de residência. No que respeita à idade, verifica-se que os inquiridos mais novos manifestam imagens positivas e imagens ambivalentes do envelhecimento e da velhice e tanto tendem a atribuir pouco como muito valor à preparação (uma vez que este grupo etário predomina em duas imagens em simultâneo), enquanto que os inquiridos mais velhos manifestam imagens negativas e consideram a

preparação importante. Em relação à residência, os inquiridos que vivem numa freguesia rural tendem a manifestar imagens ambivalentes e valorizam pouco a preparação da velhice, enquanto aqueles com residência urbana manifestam imagens positivas do envelhecimento e da velhice, considerando que a sua preparação é importante.

Não há estudos com objectivos similares a este que agora se apresenta (relação entre as imagens do envelhecimento e da velhice e as relacionadas com a preparação da velhice), para que se possam comparar resultados. Contudo, alguns estudos focam indicadores de algum modo relacionados. Numa investigação realizada por Macia, Chapuis-Lucciani, & Boëtsch (2007), por exemplo, estudou-se a relação entre as imagens sociais da velhice e a auto-estima e autopercepção da saúde, em indivíduos entre os 60 e 92 anos. Os dados sugeriram que as variáveis sociodemográficas não influenciavam as imagens da velhice, o que não é consistente com os resultados deste estudo, cujas variáveis sociodemográficas influenciam os três clusters. Contudo, as imagens já eram influenciadas pela personalidade e história de vida, determinando uma relação entre o velhismo sentido e a saúde auto-apercebida, aspectos que já se cruzam com os objectivos do estudo que agora se apresenta. Quanto maior o nível de velhismo sentido, pior a condição de saúde auto-apercebida, o que aponta para a importância de preparar a velhice e para as consequências positivas que essa preparação pode ter no nível de satisfação com o envelhecimento e suas imagens. Também a investigação de Kleinspehn-Ammerlahn, Kotter-Grühn, & Smith (2008) apresentou algum ponto de contacto com os resultados agora obtidos, sugerindo que um bom nível de satisfação com o envelhecimento estaria associado a um bom nível de saúde, assim como a uma boa auto-avaliação das mudanças que ocorrem nos indivíduos (nível de energia, sentimentos de utilidade, qualidade de vida sentida). Estes factores, que emergiram nessa investigação, são também decisivos na preparação da velhice, uma vez que permitem a existência ou não de um envolvimento e actividade social, de um aumento do bem-estar e auto-estima, potenciando o funcionamento biológico e fisiológico do indivíduo (Baltes & Smith, 2003; Heckhausen & Krüger, 1993; Sneed & Whitbourne, 2005). Nesta mesma linha, os indivíduos que no presente estudo manifestam imagens positivas, tendem a apresentar uma autopercepção positiva do seu processo de envelhecimento, decorrente das imagens positivas do envelhecimento e da velhice, o que no entender de Kleinspehn-Ammerlahn, Kotter-Grühn, & Smith (2008) acaba por constituir um indicador de processo bem sucedido. A preparação

decorre de forma natural e espontânea, sem muitos esforços por parte dos indivíduos. As noções de hábitos de vida saudável, seja física ou afectiva, já foram assimiladas. Em contrapartida, os indivíduos que percebem a velhice e o envelhecimento como negativos, acabam por planear a última fase da vida de forma mais direccionada para o futuro (neste presente estudo, são os inquiridos mais velhos). São indivíduos que, com receio das implicações negativas que a velhice acarretará, tendem a prepará-la com mais pormenor: sentem que uma ameaça natural poderá despoletar internamente (alguma dependência ou incapacidade), para além de uma ameaça externa, social e estigmatizante, o velhismo (Macia, Chapuis-Lucciani, & Boëtsch, 2007). Para Taylor (2001), as respostas dos indivíduos às ameaças, que tanto podem ser conscientes (estratégias de enfrentamento) como inconscientes (ansiedade, por exemplo), dão lugar a um planeamento baseado numa excessiva preocupação com a saúde futura.

No presente estudo, os inquiridos com imagens negativas da velhice pretendem controlar (com vista ao futuro) os factores internos e externos à sua saúde física e mental. Num estudo longitudinal de 4 anos com sujeitos dos 30 aos 60 anos realizado por Brandtstädter & Baltes-Götz (1990), procurou-se analisar o impacto dos factores internos ou externos ao indivíduo no atingir dos objectivos ao longo da vida e como procuravam controlar esses factores. Os dados apontam para a influência de factores heterónomos no desenvolvimento pessoal (externos), que aumenta na meia-idade e na velhice. Ou seja, a influência de factores não passíveis de controlo por parte do indivíduo (considerados como uma ameaça) tende a aumentar no decurso de vida. Seria de esperar que a resposta por parte dos inquiridos fosse a resignação. No entanto, estes autores indicam que o impacto dessa acumulação de eventos adversos não controláveis compelia os indivíduos a encetar esforços pessoais no sentido de um equilíbrio entre as perdas e ganhos na velhice. Ou seja, a considerarem a importância e a concretização de acções para preparar a velhice. Prenda & Lachman (2001), a propósito das estratégias viradas para o futuro, realizaram um estudo sobre aspectos sociais, de personalidade e cognitivos em indivíduos entre os 24 e os 74 anos e a sua relação com a satisfação com a vida e o seu nível de controlo. Sugeriram que os efeitos positivos das estratégias orientadas para o futuro no grau de satisfação com a vida são mais fortes nas pessoas idosas e passam pelo esforço de dominar crenças negativas. Esses resultados são consistentes com os deste presente estudo, cujos inquiridos consideram que a preparação deve ser feita com vista ao futuro; isto é sugerido pelos inquiridos dos dois grupos etários mais velhos e procura contrariar uma imagem negativa do

envelhecimento e da velhice. Deste modo, à medida que envelhecem, os indivíduos que tendem a manifestar imagens negativas desse envelhecimento e velhice parecem também arranjar estratégias de enfrentamento viradas para o futuro, para que essa fase da vida venha a ser mais suave.

A existência de estratégias que visam a preparação da fase final de vida, para evitar ou minimizar os seus efeitos negativos, surge relacionada com imagens sociais positivas ou negativas do envelhecimento e da velhice. A literatura sugere que na preparação de um envelhecimento bem sucedido a pró-actividade deve estar presente (Baltes & Baltes, 1993; Ouwehand et al., 2007; Rowe & Kahn, 1998), o que é consistente com os resultados do presente estudo. Para Aspinwall & Taylor (1997) as estratégias de enfrentamento pró-activas devem incluir planeamento, regulação de emoções negativas e estimulação mental. Os indivíduos que no estudo agora apresentado consideram importante a preparação de um envelhecimento bem sucedido, apontam para um envolvimento global com a vida, a existência de projectos (o que implica planeamento) e o ser-se pró-activo. E apontam também para a promoção do bem-estar (que envolve a regulação de emoções negativas), viver o quotidiano com gosto e ocupar os tempos livres (o que fomenta a estimulação mental).

Gergen & Gergen (2001) sugerem quatro aspectos que determinam o surgimento das imagens e que servem como indicadores na preparação da velhice. Conjuntamente denominados 'diamante do decurso de vida', envolvem: recursos relacionais (família e amigos, companheiros e pessoas com quem conviver), bem-estar físico (funcionamento óptimo do corpo e da mente), estados de espírito positivos (sensação de bem-estar, felicidade e optimismo) e envolvimento em actividades significativas (participação activa em actividades físicas e mentais). Estas sugestões são consistentes com os resultados deste presente estudo: trata-se de indicadores abrangidos pelos diferentes aspectos apontados pelos inquiridos, tendo em vista a preparação da velhice.

## **2. Promover um envelhecimento bem sucedido**

As três imagens do envelhecimento e da velhice e sua preparação que emergiram no presente estudo reflectem uma visão negativa, positiva e ambivalente (negativa e positiva em simultâneo) a par da preocupação ou despreocupação com a preparação da velhice. Pretende-se identificar possíveis linhas de intervenção que permitam modificar essas imagens, capazes de promover activamente um envelhecimento bem sucedido.

### **2.1. Estrutura das estratégias de intervenção**

Para Bowling & Dieppe (2005) o envelhecimento bem sucedido é, em simultâneo, um processo dinâmico e o resultado do desenvolvimento do indivíduo ao longo da vida. Envolve o conceito de satisfação com a vida, onde se inclui a manutenção e/ou reposição do bem-estar físico, psicológico e espiritual, em situações de crise e risco biológico, social e psicológico (Rudinger & Thomae, 1993; Ruffing-Rahal & Wallace, 2000). As estratégias de intervenção para um envelhecimento bem sucedido caracterizam-se, em geral, por serem preventivas ou correctivas (ou atenuadoras), ambas pró-activas (Friedrich, 2003). Baltes (1987) considera ainda um terceiro tipo de estratégias de intervenção: a compensatória, que incide na mudança de objectivos pessoais, anteriormente estabelecidos.

As primeiras procuram evitar uma ou mais situações de risco, retardando o início da disfunção ou incapacidade e/ou promovendo estilos de vida saudáveis. Em geral, incidem na moderação do uso da medicação e álcool, no fomento de uma dieta saudável e de exercício físico e mental, no cuidado com a saúde e no investimento nas relações significativas. Comummente integradas em programas governamentais, essas estratégias concretizam-se através de actividades educativas (aprendizagem ao longo da vida), ocupacionais ou de melhoramento social. As segundas, correctivas (ou atenuadoras), reportam-se a situações onde se procura interromper ou retardar o problema. Recorre-se normalmente à medicação, ao controlo da dieta, à promoção de exercício moderado, à utilização de próteses (óculos, aparelhos auditivos) ou à intervenção cirúrgica.

Com o avançar da idade, o indivíduo pode redireccionar e ajustar as suas capacidades e o controlo relativo da sua vida para actividades que lhe sejam exequíveis e gratificantes. São estratégias que podem ter por base uma natureza

atenuadora, mas também preventiva, evitando situações de risco. Neste âmbito, as estratégias de intervenção aqui apresentadas procuram actuar na dimensão estrutural, social e familiar e individual. Algumas compreendem acções de carácter governamental, adopção de medidas políticas relativas ao envelhecimento e que terão repercussões em termos estruturais, sejam de protecção jurídica e fiscal, de acção social ou de saúde. Outras reportam-se às redes familiares e sociais, que podem ser fomentadas pelos indivíduos e que funcionam como redes de suporte. Estas estratégias relacionam-se com o que Schulz & Heckhausen (1999) denominam controlo primário: acções dos indivíduos no meio externo, de forma a suprir as suas necessidades e desejos. Outras ainda, respeitantes a acções com repercussões em termos individuais, como a mudança de mentalidade, a aquisição de mais informação útil e realista ou o munir-se de competências para enfrentar situações problemáticas (como desemprego ou divórcio). Relacionadas com a noção de controlo secundário desenvolvida por Schulz & Heckhausen (1999), estas estratégias implicam o desenvolvimento da capacidade dos indivíduos para gerirem as suas emoções, motivações e conhecimentos, para que assim possam lidar com os ganhos e perdas relacionadas com as alterações que ocorrem na sua vida ao nível estrutural, social e familiar. Visam pois, mudanças pessoais, internas e de *empowerment*.

As intervenções para a promoção do envelhecimento bem sucedido não devem ser planeadas e direccionadas para todos os indivíduos, mas para grupos específicos (Takamura, 2001; citado em Friedrich, 2003). Assim, as estratégias de intervenção relativas à modificação das imagens da velhice e sua preparação, no sentido de um envelhecimento bem sucedido, terão em consideração os três tipos de perfil da população portuguesa que emergiram no presente estudo.

Passa-se a apresentar estratégias de intervenção inseridas no contexto do mercado de trabalho, sistema educativo, sistema de saúde, sistema de acção social e no contexto da comunicação social.

## **2.2. Estratégias de intervenção**

Seja através de estratégias de natureza preventiva ou de natureza correctiva, a promoção de um envelhecimento bem sucedido deverá ter como ponto de partida a consciencialização dos indivíduos. A compreensão dos benefícios tanto da prevenção como da compensação, reflectir-se-ão num possível aumento da qualidade e esperança de vida. É importante entender que a adopção de estilos

de vida saudáveis e o desenvolvimento de uma rede social de suporte, por exemplo, pode aumentar o seu nível de bem-estar. Desse modo, torna-se possível trabalhar as imagens velhistas, deixando de ser exclusivamente negativas ou exclusivamente positivas, para se tornarem concepções mais ajustadas à realidade do envelhecimento e da velhice.

### **2.2.1. Mercado de trabalho**

A manifestação de velhismo no local de trabalho manifesta-se de várias formas, como já referido anteriormente. No presente estudo, são os inquiridos mais velhos quem considera que a idade é sinónimo de incompetência (dos 53 aos 87 anos), provável reflexo de atitudes velhistas sentidas, também, no local de trabalho. Estes inquiridos tendem a ser pouco ou nada escolarizados, pelo que se podem adoptar medidas para que sejam valorizados pelos restantes colegas: proporcionar oportunidades de formação durante a vida activa (de forma a que possam requalificar os seus conhecimentos), adaptar as metodologias e as especificidades das tarefas ao perfil do trabalhador (por exemplo, quando é exigido conhecimento obtido pela experiência) e tomar medidas para compensar eventuais discriminações já sentidas pelos trabalhadores com mais idade (por exemplo, atribuição de tarefas mais adequadas, flexibilidade e ajustamento do horário de trabalho, reforma parcial).

Entre estes inquiridos que tendem a associar incompetência à velhice, verifica-se a predominância de reformados. Este facto talvez se deva a uma abrupta passagem da vida activa para uma rotina mais doméstica. Enquanto que no local de trabalho o indivíduo tem um valor associado à função que desempenha e na qual estabelece relações profissionais e sociais com colegas, em casa já não existe esse reconhecimento e nem essa interacção. É possível que tais circunstâncias conduzam à sobrevalorização da época em que trabalhava, considerando que a velhice é uma fase de inabilidade. Para que essa mudança não ocorra de modo tão severo, a transição da vida activa para a reforma também pode processar-se de forma faseada. Uma saída progressiva, com redução, por exemplo, do número de horas de trabalho, em simultâneo com a inserção noutras actividades de cariz mais alargado e prestadas ainda no âmbito laboral. A participação em acções de apoio à comunidade é um bom exemplo do que pode ser feito. Deste modo, a desvalorização não é tão sentida, dando lugar, inclusive, ao reconhecimento por parte das pessoas da comunidade; além disso, poder-se-ão abrir outras portas para



o desenvolvimento de actividades posteriores (após a reforma), onde se poderão rentabilizar os seus conhecimentos.

Todavia, são os inquiridos que se encontram na fase de pré-reforma (53-67 anos) quem tende a considerar que as pessoas idosas são muito competentes e independentes (apesar de estes mesmos tenderem também a manifestar a imagem de incompetência e dependência). Deste modo, a sensibilização dos restantes colegas para esta ideia poderá ter lugar através de acções que procurem ajudar os trabalhadores de todas as idades a lidar e resolver conflitos em conjunto. Assim, a intergeracionalidade é fomentada, todos participam com as suas opiniões. Também a prática desportiva em conjunto pode cumprir esse objectivo: permite não só o convívio entre os trabalhadores de diferentes gerações, como também acaba por desenvolver capacidades físicas e cognitiva em termos individuais.

As políticas empresariais podem, assim, tentar combater atitudes velhistas em contexto laboral (assegurando que os trabalhadores mais velhos não são ostracizados ou negligenciados na progressão da carreira), mas também podem procurar promover um envelhecimento bem sucedido. As medidas que aqui se inserem visam, essencialmente, que todos os trabalhadores adoptem estilos de vida saudável ao longo da sua vida profissional. Neste estudo, no que respeita à preparação da velhice, são os inquiridos empregados, com 33-47 anos e sem filhos, quem se inclina a considerar que isso é pouco importante. Uma vez que esta questão tende a não preocupar estes inquiridos, as próprias instituições ou empresas poderiam promover esta vertente através da optimização do processo e da organização de trabalho. Já começa a ser prática corrente em algumas garantir a realização de exames de rotina para detectar precocemente possíveis doenças, como por exemplo, análises ao sangue, observação por um médico de clínica geral, exames oftalmológicos, aconselhamento nutricional. Porém, assegurar que o indivíduo trabalha em condições adequadas passa também pelo *design* do local e da organização das práticas laborais: analisar os potenciais riscos profissionais (seja em termos materiais, seja em termos ergonómicos), atestar planos de emergência relativos às condições de segurança ou incluir os trabalhadores em seguros de trabalho. Desta forma, poder-se-iam colmatar eventuais descuidos individuais através destas práticas de higiene e segurança.

### 2.2.2. Sistema de saúde

O Serviço Nacional de Saúde português (SNS) envolve todos os cuidados integrados de saúde, como promoção e vigilância, prevenção da doença, diagnóstico e tratamento e reabilitação médica e social (MTSS, 2008). São entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde os estabelecimentos hospitalares (independentemente da sua designação), as unidades locais e os centros de saúde. Inserido na "Estratégia Nacional para a Protecção Social e Inclusão Social (2008-2010)", delineada pelo Ministério do Trabalho e da Segurança Social, o tópico "Promover o envelhecimento activo e com qualidade e prevenir e apoiar a dependência", preconiza o desenvolvimento de programas nacionais de prevenção e controlo de doenças. O crescente envelhecimento populacional, associado à promoção do envelhecimento activo coloca um desafio ao SNS: adequar os actuais cuidados de saúde às situações crescentes de doenças crónicas potencialmente incapacitantes.

Neste presente estudo, são os inquiridos mais velhos (53-67 anos e 73-87 anos) quem tende a associar a dependência à velhice e quem considera a importância da pró-actividade na sua preparação. Por este motivo, a adequação dos cuidados de saúde às doenças crónicas revestir-se-ia de uma estratégia de natureza correctiva (ou atenuadora), mas também preventiva, uma vez que estes inquiridos consideram decisivo o estilo de vida adoptado no desenrolar do processo de envelhecimento. Uma medida que poderia ser abraçada seria a de consultas obrigatórias (gratuitas) no SNS para todos os indivíduos, a fim de que se pudessem fazer rastreios e dar informação sobre hábitos de vida saudável. Estas condições assumem particular relevância para pessoas que não tenham possibilidades financeiras e que se sintam mais desamparadas socialmente, como é o caso dos inquiridos que apresentam a imagem mais negativa do envelhecimento e da velhice - mulheres idosas, viúvas, domésticas e com nenhuma ou baixa escolaridade - e que também consideram a importância da pró-actividade na sua preparação. Estas consultas teriam uma periodicidade menor no caso as pessoas idosas para que a vigilância médica fosse mais regular.

Uma vez que estes inquiridos mais velhos tendem a sentir-se socialmente desamparados, outra medida adoptada seria o acompanhamento de doentes idosos por parte de um elemento afecto ao hospital ou centro de saúde. Esse elemento não seria necessariamente um profissional de saúde, mas alguém em regime de voluntariado, que fosse assistindo a pessoa idosa nas suas necessidades físicas e emocionais (muitas vezes desorientada e sem saber o que esperar).

Acompanhante esse que tanto poderia ser jovem como idoso. Em ambas as situações, contribuía-se para a alteração de imagens velhistas mais negativas ou mais irrealisticamente positivas: se fosse jovem, entraria em contacto com gerações mais velhas, tomando conhecimento das suas realidades; se fosse idoso, seria visto como um elemento de participação activa. Quer uma quer outra circunstância influenciaria as imagens, mais negativas ou mais positivas, tidas pelos mais jovens que, neste estudo, são os inquiridos com 13-27 anos. Os indivíduos pertencentes a este grupo etário tanto tendem a considerar as pessoas idosas como dependentes (imagem mais negativa), como a considerá-las independentes (imagem mais positiva). Assim, também se registaria a modificação de imagens muito positivas da velhice, por vezes sobrevalorizada de forma irrazoável. O contacto entre as gerações corrigiria, igualmente, algumas ideias erradas. Para além das vantagens da intergeracionalidade, poder-se-ia ainda contribuir para que a imagem negativa da velhice, manifestada pelos reformados neste estudo, tendesse a desaparecer: se esse acompanhamento voluntário for feito por pessoas que têm muito tempo livre devido à reforma, traduz-se não só numa valorização por parte dos mais novos, mas também numa autovalorização.

Uma estratégia de carácter preventivo, com vista não só à modificação de imagens velhistas mais negativas mas também à promoção do envelhecimento bem sucedido, será o desenvolvimento de campanhas de educação informal junto da população. Equipas constituídas por profissionais de saúde poderão organizar-se para fornecer informação sobre o processo de envelhecimento às diferentes faixas etárias, em particular junto dos inquiridos com 13-17 anos e 33-47 anos, com escolaridade média e superior, que atribuíram pouca importância à preparação da velhice. Essas equipas poderiam, assim, deslocar-se a escolas do ensino pré-escolar até ao superior, mas também a empresas, fábricas ou associações recreativas. Nestas equipas poderiam estar incluídas pessoas idosas voluntárias, reformadas, que relatassem a sua experiência e mostrassem aos mais novos a diferença que os estilos de vida podem assumir na saúde dos indivíduos ao longo da vida. Porém, uma vez que são os mais velhos (53-67 anos e 73-87 anos) deste estudo que associam dependência e incompetência à velhice, sugere-se também a inserção de equipamentos gerontológicos na lista das instituições a realizar as campanhas informais.

Devido a esta manifestação negativa por parte da população mais velha neste estudo, e em conjunto com o facto de os inquiridos com 53-67 anos considerarem muito importante a preparação da velhice e em termos pró-activos, sugere-se

ainda, no âmbito do sistema de saúde, uma outra medida: a criação de programas que apoiem as famílias e os cuidadores informais. São os indivíduos deste grupo etário que, em geral, tendem a desempenhar esse papel. Neste sentido, os programas devem dotar as famílias e os cuidadores de conhecimentos importantes para lidarem com a situação de doença (apoio jurídico, psicológico, económico, social), assim como oferecer serviços (nos centros de saúde, por exemplo) para quando os cuidados informais às pessoas idosas já não forem suficientes.

Propõe-se, ainda, a comparação dos diferentes sistemas de apoio à população idosa nos diferentes países, por forma a identificar possíveis adaptações ao sistema português.

### **2.2.3. Sistema de educação**

Como já foi referido no presente estudo, algumas investigações sugerem que a prestação de cuidados de saúde por parte dos profissionais difere consoante a idade do beneficiário, reflectindo-se também em distintos padrões de comunicação (Busschbach, Hessing, & Charro, 1993; Kane, 2004; Pasupathi, Carstensen, & Tsai, 1995; Ryan et al., 2004). Em geral, a qualidade da comunicação tende piorar quanto mais velho for o utente. Verifica-se também que, por vezes, as pessoas idosas são mal diagnosticadas ou não têm um atendimento médico apropriado, considerando-se que os sintomas são característicos 'da idade'. Apesar de se referir concretamente à realidade dos Estados Unidos da América, Cuddy (2002) observou, inclusive, a negação de prestação de alguns serviços por parte dos profissionais de saúde, por as pessoas idosas manifestarem doenças irreversíveis ou por considerarem que os recursos devem direccionar-se para os mais jovens.

Neste sentido, tanto o currículo de formação dos futuros profissionais de saúde como o de requalificação profissional devem incluir aspectos relacionados com o envelhecimento normal e o patológico, mas também o bem sucedido, alertando para eventuais diagnósticos equivocados associados ao velhismo (ou idadismo em geral). Esta estratégia assume particular importância, uma vez que neste estudo são os inquiridos mais novos (13-27 anos e 33-47 anos), empregados e com ensino médio ou superior, quem tende a associar dependência à velhice (se bem que em paralelo com a competência). A transmissão desta informação não deve somente ter lugar numa fase mais avançada, como é o caso do ensino superior ou nos programas de requalificação profissional, mas desde o início da formação escolar

dos indivíduos. Pode trabalhar-se com as crianças do 1º CEB ou mesmo do ensino pré-escolar as imagens negativas, seja ao nível das atitudes e crenças individuais sobre o envelhecimento, seja das colectivas. Sabe-se que têm impacto nas hipóteses e escolhas dos indivíduos ao longo da vida, em particular na opção pela futura profissão.

No entanto, neste estudo são os inquiridos mais velhos (53-67 anos e 73-87 anos), viúvos, reformados e domésticas, quem associa a incompetência, para além da dependência, à velhice. Esta imagem mais negativa pode dever-se ao facto de tenderem a sentir-se isolados e que o 'seu tempo' já passou. São inquiridos que também tendem a ter pouca ou nenhuma escolaridade, pelo que uma das estratégias passará pela autovalorização destes indivíduos. Alguns estudos apontam para uma relação entre as crenças pessoais de auto-eficácia e o tipo de compromisso pessoal e motivação para realizar actividades para um envelhecimento bem sucedido (McAuley, 1999; citado em Seeman et al., 1995). Essa valorização teria lugar no aproveitamento da experiência as pessoas idosas no sistema educativo, seja em workshops que impliquem os seus conhecimentos seja em dar o seu testemunho em aulas temáticas ou palestras. A ideia de uma pessoa idosa reformada (ou não) poder exercer um papel semelhante ao de tutor ou conselheiro dos mais jovens, em regime de voluntariado, também poderá ser uma estratégia adoptada. Para além de se reforçar a auto-estima, o sentimento de utilidade e a integração social destes inquiridos, esta partilha de experiência pode resultar numa mudança de imagens em ambos os sentidos: os mais velhos sentem-se valorizados e têm oportunidade de adquirir outros conhecimentos (como usar as novas tecnologias disponíveis nos equipamentos escolares) no contacto com os mais novos; estes contactam com as gerações mais velhas, modificando imagens pouco exactas do envelhecimento e da velhice.

Sugere-se por outro lado a criação, nas escolas, de programas de voluntariado para jovens junto da população idosa. Esta proposta baseia-se no facto de, neste estudo, quem tende a manifestar imagens mais positivas do envelhecimento e da velhice serem os inquiridos que trabalham ou trabalharam com as pessoas idosas, que lhes associam muita competência, independência e maturidade. Neste sentido, entende-se que tomar contacto com a realidade da população mais velha, através desta intergeracionalidade entre os jovens voluntários com as pessoas idosas, possa ser um bom veículo e base de formação para a promoção de imagens mais positivas da velhice junto dos mais novos. Os inquiridos que trabalham ou trabalharam com as pessoas idosas também tendem a atribuir uma

grande importância à preparação da velhice, pelo que o sugerido contacto dos mais novos com as pessoas idosas também pode ser, para os primeiros, uma fonte de conhecimento sobre os cuidados que se devem ter ao longo da vida.

No que respeita à preparação da velhice, foram os inquiridos com 13-27 anos e 33-47 anos (homens, empregados, solteiros e casados, sem filhos, escolaridade média ou superior e residência rural), quem manifestou pouca importância na sua preparação e imagens ambivalentes (negativas e positivas) da velhice. Serão indivíduos que, à partida, vivem o dia-a-dia, sem grandes preocupações com a planificação do futuro. Os homens tendem a fazer incidir as suas preocupações mais em aspectos profissionais e, quando surgem dificuldades a este nível, apresentam a tendência para um aumento da fragilidade e vulnerabilidade. Há, assim, que desenvolver actividades para além do contexto de trabalho e da família, por forma a rentabilizá-las em período de desemprego ou, mesmo mais tarde, na reforma (velhice). Deste modo, sugere-se a criação de planos de formação contínua profissionalizante ou de aprendizagem de outras actividades que possam ser aproveitadas de forma rentável. Planos de formação esses com dois objectivos: consciencializar os indivíduos de que não há um 'emprego para toda a vida'; dotá-los de mais competências e ferramentas de trabalho, entre os períodos de emprego e desemprego. Neste sentido, terem presente que as tarefas laborais poderão ser diversificadas ao longo dos anos e que devem manter-se actualizados em termos de conhecimentos. A aprendizagem de outras actividades, como manualidades, agricultura ou jardinagem poderão ser possíveis passatempos, mas também dota os indivíduos de ferramentas para auferir mais rendimentos em caso de necessidade.

Também em termos de investigação académica há um caminho a percorrer. Apesar de se verificar um aumento demográfico da população idosa e, consequentemente, do número de cuidadores informais, o velhismo continua presente nas intervenções individuais e profissionais dirigidas às pessoas idosas (Takamura, 2001; citado em Friedrich, 2003). Não só são de evitar as premissas velhistas que por vezes servem de base a alguns estudos académicos, mas também se deve assegurar que o conhecimento obtido é aplicado na intervenção junto da comunidade. Sugere-se que esses estudos passem por uma forte ligação à população, adoptando-se medidas concretas decorrentes dos resultados. Uma vez que no presente estudo são as mulheres idosas quem tende a manifestar as imagens mais negativas da velhice e a reconhecer a importância que o comportamento do indivíduo tem no processo de envelhecimento, propõe-se a

criação de programas ou cursos livres nas universidades, tanto de natureza preventiva como correctiva (ou atenuadora), que abordem questões relacionadas com esse processo e a manutenção ou promoção de estilos de vida saudável. Deste modo, algumas concepções menos exactas sobre a velhice poderiam ser corrigidas e fomentavam-se práticas adequadas de promoção da saúde.

#### **2.2.4. Sistema de acção social**

Os serviços de acção social são meios cruciais para se concretizarem políticas governamentais. Deverão actuar com base no eixo individual, mas também comunitário, abrangendo medidas preventivas e correctivas (ou atenuadoras). As medidas deverão permitir a autonomia possível, seja em casa ou nas instituições, assim como facilitar a actividade e o exercício de papéis úteis na sociedade (comunidade). No que respeita a medidas correctivas (ou atenuadoras), a atribuição de subsídios será o mais recorrente.

Neste estudo, são as mulheres mais velhas (53-67 anos e 73-87 anos), viúvas, com nenhuma ou baixa escolaridade e outrora domésticas, quem manifesta a imagem mais negativa do envelhecimento e da velhice, talvez por se sentirem mais desprotegidas socialmente. Actualmente, já existe o "Complemento Solidário para Idoso", dinamizado pelo Instituto de Segurança Social, para indivíduos carenciados, um apoio económico mensal com valor máximo de 400 euros (incluindo 50% de comparticipação financeira para as despesas com medicamentos; apoio de 100 euros para aquisição de óculos e lentes, a cada 2 anos; apoio de 250 euros para aquisição e reparação de próteses dentárias amovíveis a cada 3 anos e cheque dentista no valor de 80 euros). Todas as pessoas idosas e pensionistas, que residam em Portugal há pelo menos 6 anos, com baixos rendimentos e 65 anos ou mais, têm direito a este complemento. Contudo, há uma considerável percentagem da actual população idosa portuguesa que, apesar de auferir parcos rendimentos, não tem direito a receber este apoio. E aqui poderão estar incluídos os inquiridos mais velhos deste estudo, se bem que as suas posses financeiras não tenham sido estudadas. Deste modo, uma das estratégias sugeridas passa pela atribuição de um rendimento básico para todos os indivíduos a partir dos 65 anos, no caso de, mesmo não se situando nos últimos escalões de rendimentos, passarem ainda assim por dificuldades económicas comprovadas. Esta contribuição seria algum garante de estabilidade financeira e com possíveis repercussões directas na saúde. Uma vez que a situação de precaridade tende a aumentar a vulnerabilidade dos viúvos, o

mesmo critério se poderá considerar em relação à atribuição de um subsídio de viuvez, que deveria assumir valores mais elevados nas situações referidas.

Para além das variáveis sociodemográficas já apresentadas, os inquiridos que manifestam neste estudo as imagens mais negativas do envelhecimento e da velhice têm filhos. A atribuição destes subsídios acarretaria uma outra vantagem: as pessoas idosas mais desfavorecidas economicamente tenderiam para uma maior autonomia. Não sobrecarregariam os filhos com despesas nem ficariam dependentes deles para as suas.

No que respeita ao domínio da habitação, existe o "Programa de Conforto Habitacional para Pessoas Idosas", inserido no Plano Nacional de Acção para a Inclusão, que visa o melhoramento das condições básicas de habitabilidade e mobilidade de pessoas idosas que usufruam de serviços de apoio domiciliário. Tem como fim evitar a sua institucionalização e dependência e destina-se a pessoas com 65 ou mais anos, cujo rendimento mensal *per capita* seja igual ou inferior ao valor indexante dos apoios sociais (menor ou igual a 397,86 Euros), que vivam em habitação própria, usufruam de apoio domiciliário e residam sozinhas ou coabitem com pessoas idosas, menores ou portadoras de deficiência. Novamente, apenas quem auferir rendimentos muitíssimos baixos é que tem direito a beneficiar desta medida. Sugere-se, portanto, que os programas de intervenção com vista à sua requalificação domiciliar possam ser mais acessíveis, mesmo no caso de pessoas idosas que não cumprem condições de admissão tão parcas.

Uma outra estratégia no âmbito do sistema de acção social seria a promoção de programas que envolvam a criação ou alargamento das redes sociais das pessoas idosas. Neste estudo, os inquiridos que associam competência ou muita competência à velhice inserem-se nalguma rede social: os estudantes, no seu grupo de colegas da escola e os empregados, no seu grupo de colegas de trabalho. Considera-se a muita importância da pertença a uma rede social, pelo que se sugere a promoção da interacção com a vizinhança e de integração em actividades das associações locais. Comemora-se, recentemente em Portugal, o Dia Europeu dos Vizinhos (31 de Maio), uma iniciativa das Juntas de Freguesia e Câmaras Municipais por forma a fomentar a criação de laços de amizade. Neste seguimento, a projecção de mais espaços lúdicos comuns para promoção de actividades de recreio ou de convívio entre todos os indivíduos é outra das estratégias possíveis. Poderá ser uma instituição onde se desenvolvam projectos que impliquem interacção entre diferentes idades, um jardim ou equipamento desportivo. Uma vez que neste estudo há inquiridos de todas as faixas etárias que



associam dependência à velhice, este contacto intergeracional poderia contribuir para a alteração das imagens velhistas mais negativas em todos. E também as que, sendo vezes positivas, se consideram irrealistas, mais frequentes nos inquiridos com 13-27 anos e 53-67 anos. A interacção entre as gerações desmistificaria, deste modo, concepções menos exactas sobre o envelhecimento e sobre a velhice.

Ainda no que respeita às Juntas de Freguesia ou Câmaras Municipais, e pressupondo a vulnerabilidade dos inquiridos que manifestam as imagens mais negativas neste estudo (mulheres mais velhas, viúvas, domésticas, com nenhuma ou pouca escolaridade), sugere-se a criação de serviços de apoio orientados principalmente para pessoas idosas vítimas de abusos ou maus-tratos físicos e psicológicos, em paralelo com a sensibilização dos profissionais e da comunidade para os problemas específicos destas idades. Apesar de a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) prestar este serviço, não é especificamente direccionado para as características da população idosa. Há já, também, em Portugal, unidades de consulta psicológica para pessoas idosas que se considerem vítimas de maus-tratos e negligência (na Unidade de Cuidados Continuados de Vieira do Minho, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e no Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento da Universidade do Minho). Propõe-se que se estenda o seu âmbito de actuação às instituições locais (Juntas de Freguesia ou Câmaras Municipais) em todo o território nacional.

As estratégias apresentadas inserem-se no plano das medidas correctivas (ou atenuadoras), tentando suprir necessidades sentidas e diminuir dificuldades existentes. Contudo, há um outro nível que também deve ter lugar no âmbito do sistema de acção social, o da antecipação e precaução de dificuldades e, em particular, as relacionadas com o envelhecimento e com a velhice.

Neste estudo, os inquiridos que atribuíram menos importância à preparação da velhice são homens, em idade activa (13-27 anos e 33-47 anos), com escolaridade média e superior, sem filhos e com residência rural. Tenderão, por isso, a viver mais o dia-a-dia e a não se preocupar com o futuro. Todavia, estes inquiridos poderão apresentar uma tendência para alguma vulnerabilidade aquando dos tempos de crise (como o desemprego, divórcio ou morte de alguém muito próximo), uma vez que, possivelmente, não tomarão medidas que amortizem os imprevistos. Neste sentido, sugere-se a criação de gabinetes que trabalhem directamente com estes indivíduos, por forma a que possam fazer frente a uma possível situação difícil. Seriam ajudados e sensibilizados por profissionais qualificados para a identificação e enfrentamento de futuros factores de risco, quer pessoais quer profissionais e

económicos. Seria interessante a criação destes serviços de aconselhamento nas Juntas de Freguesia ou nas Câmaras Municipais, uma vez que são instituições de fácil acesso e adaptadas às características da população que servem. Estas medidas vão ao encontro do conceito de envelhecimento bem sucedido, que considera a promoção da segurança e da saúde física e mental. Os problemas de crise interna decorrente da vulnerabilidade do indivíduo e gerada pelo desemprego ou divórcio, podem ser atenuados e prevenidos em situações futuras.

Outra medida ainda passaria pela implicação dos indivíduos jovens e idosos na prestação de alguns cuidados na área da acção social. Está prevista no SNS a consolidação da Rede Nacional de Cuidados Continuados, com respostas intermédias entre os centros de saúde e hospitais. No que respeita aos serviços de apoio domiciliário, este é prestado por equipas especializadas e beneficia ainda um leque muito pequeno da população. Seria, pois, interessante, à semelhança do que foi sugerido no âmbito do sistema de saúde ou do sistema educativo, também incluir jovens e idosos voluntários nessas equipas especializadas. E também aqui, no caso das actividades não voluntárias (pagas) por parte de pessoas com mais de 65 anos, os impostos tributados ao rendimento auferido deveriam ser menores, de forma a estimular a sua participação na sociedade.

#### **2.2.5. Comunicação social**

A comunicação social é um dos principais veículos de informação da sociedade portuguesa, na qual as imagens da velhice tendem a revestir-se de uma natureza negativa e onde Portugal não é excepção.

Desde televisão (séries, concursos), jornais (reportagens, banda desenhada), rádio, às várias formas de arte (cinema, teatro, dança, pintura, escultura, literatura...), a referência a personagens idosas é feita no sentido depreciativo, retratando-as como tendo um problema de saúde que as debilita, de algum modo dependentes e pouco competentes (Atchley & Barusch, 2004). Por exemplo, no que respeita à publicidade, só se verifica a sua presença em anúncios de cuidados de higiene, de saúde ou de condomínios para a terceira idade, sendo excluídos totalmente na publicidade ao vestuário, electrodomésticos, produtos de higiene e limpeza domésticos, automóveis, entre outros.

Uma vez que o perfil dos espectadores dos programas que têm lugar na parte da manhã, nos canais generalistas portugueses, é essencialmente constituído por pessoas idosas e por pessoas doentes ou desempregadas (neste estudo, os

inquiridos com 73-87 anos tendem a manifestar imagens mais negativas da velhice), sugere-se que nesses programas se transmitam informações relevantes sobre o processo de envelhecimento normal e que não incidam somente nas doenças e hábitos de prevenção muito específicos (como geralmente acontece). Também a existência de concursos que impliquem a presença de mais de duas gerações ou programas participados por várias faixas etárias que discutam questões relacionadas com o envelhecimento bem sucedido, poderiam desmistificar alguns mitos sobre a velhice. Nas séries, as personagens idosas tendem a apresentar vulnerabilidades, em particular do foro físico (com alguma doença) ou sensorial (ouvir ou ver mal). Poder-se-ia passar outra mensagem, retratando as pessoas idosas como indivíduos que têm as suas especificidades, como outros quaisquer. Por outro lado, seria também interessante desmistificar a velhice no sentido inverso: são os estudantes (13-27 anos), que associam muita competência e independência à velhice, quem poderá ter uma ideia ilusória sobre esta fase, sobrevalorizando os seus ganhos e ignorando as suas perdas. Como tendem a assistir a algumas horas de televisão, os programas dirigidos aos adolescentes poderiam também focar as características do processo de envelhecimento, o que na actualidade não se verifica.

No caso dos jornais, a inclusão em suplementos de reportagens sobre o processo de envelhecimento (e não somente com vista a promover um dos aspectos da velhice, como a 'nostalgia dos tempos idos' ou 'a pílula da juventude'), com testemunhos vários, seria também interessante. Também a rádio poderia promover as imagens mais positivas da velhice e chamar à atenção para a importância da preparação de um envelhecimento bem sucedido, através de programas que abordassem estes temas e onde as pessoas idosas pudessem passar o seu testemunho (e discussão aberta, por exemplo) aos ouvintes.

Torna-se, portanto, importante humanizar a figura da pessoa idosa, pois é vista muitas vezes como alguém distante do quotidiano dos outros indivíduos. A consciencialização da sua contribuição passada e presente na sociedade, do seu papel na família e na rede social, da validade dos seus ganhos, perdas e preocupações, pode ter lugar nos meios de comunicação social, com benefícios evidentes para todos.

### 3. Limitações

Foram identificadas algumas limitações neste estudo, devendo estas ser consideradas na interpretação dos resultados.

A amostra foi constituída tendo em consideração o universo da população portuguesa e respeitaram-se as variáveis sociodemográficas determinadas (idade, género, escolaridade e freguesia de residência). Contudo, a recolha de dados foi efectuada na sua grande maioria no distrito de Aveiro, por questões que se prenderam com o local de trabalho de quem a realizou. Este procedimento poderá representar uma possibilidade de enviesamento dos resultados.

Inicialmente a amostra foi constituída tendo em consideração oito grupos etários (13-17 anos, 23-27 anos, 33-37 anos, 43-47 anos, 53-57 anos, 63-67 anos, 73-77 anos e 83-87 anos). Contudo, durante a análise, revelou-se mais pertinente considerar quatro grupos etários (13-27 anos, 33-47 anos, 53-67 anos, 73-87 anos). Este procedimento poderá representar também uma possibilidade de enviesamento dos resultados, permitindo somente perceber as diferenças entre os inquiridos que se encontram na faixa etária antes e nos vinte anos e os de trinta/quarenta, cinquenta/sessenta anos e setenta/oitenta anos. Dentro de cada faixa etária os inquiridos podem ter uma diferença de 15 anos, havendo possíveis discrepâncias que são não analisadas.

A grande maioria dos inquiridos da amostra residia no distrito de Aveiro, o que poderá ter enviesado, possivelmente, os resultados obtidos. Seria interessante se se tivesse obtido dados de inquiridos residentes em todos os distritos de Portugal, por forma a se analisar a existência ou não de diferenças nas imagens manifestadas.

Em relação aos instrumentos utilizados na recolha de dados, a escala ImAge e a escala ImPreVe, utilizam-se as palavras 'velho' e 'velhice', que em geral possuem uma conotação mais negativa do que 'pessoa idosa'. Considera-se a possibilidade de que o uso de este último vocábulo pode conduzir à obtenção de outros resultados.

Teria sido interessante organizar um *focus group* constituído por sujeitos que cumprissem os requisitos das variáveis sociodemográficas analisadas e que

comentassem os resultados que emergiram. Desta forma, podiam-se explorar os resultados de forma qualitativa e verificar o grau de (dis)concordância. Seria uma forma de enriquecer e aprofundar este estudo com dados qualitativos.

Passa-se de seguida para a conclusão, apresentando os principais contributos do estudo, tecendo algumas considerações e expondo possíveis linhas de investigação em termos futuros.

A reflexão sobre o envelhecimento e a velhice esteve sempre presente ao longo da história da humanidade. Filósofos, escritores, poetas, ideólogos debruçaram-se sobre a sua significação e repercussões em termos individuais e em termos sociais. Perspectivadas à luz das normas sociais implícitas e explícitas, numa relação directa entre os contextos histórico, social, político e económico, as imagens do envelhecimento e da velhice reflectem o discurso das sociedades. Relacionadas com expectativas individuais e sociais, são atribuídas diversas significações às diferentes idades, em particular à faixa etária das pessoas idosas. Essas significações definem qual o estatuto atribuído e as regras de comportamento a adoptar pelos indivíduos, assim como qual a oportunidade de participação e a distribuição de recursos que lhes cabem.

Cada sociedade define o seu modelo de pessoa idosa, mas de uma forma geral, a velhice tanto é uma fase temida por aqueles que ainda lá não chegaram como uma fase 'mal vivida' pelos mais velhos (Minois, 1999). Como reflexo deste temor e vivência, Beauvoir (1977: 47) constata que "qualquer sociedade tende a viver, a sobreviver; exalta o vigor e a fecundidade ligadas à juventude, mas receia sempre o desgaste e a esterilidade da velhice". A valorização da juventude é uma recusa das alterações do envelhecimento, sendo a velhice desconsiderada e perspectivada como uma funesta inevitabilidade. Daqui emerge o conceito de velhismo e o formato das três naturezas que as imagens velhistas do envelhecimento e da velhice podem assumir (Ribeiro, 2007): (i) imagens mentais, como estereótipos; (ii) imagens sociais, como preconceitos, discriminação e atitudes; (iii) imagens culturais, como mitos, crenças e tabus.

Inicialmente associada ao processo biológico e restrito à esfera familiar, o enfoque na velhice passa a incidir na optimização das condições das pessoas idosas, tornando-se num dos principais desafios da sociedade actual. A velhice, antes considerada como um estado definitivo, começa a ser encarada como passível de modelação através da intervenção, de forma precoce, no processo de envelhecimento do indivíduo. Assistiu-se, nas últimas duas décadas, ao surgimento

de um novo discurso baseado na concepção de envelhecimento bem sucedido e passam a ter lugar conceitos como o de saúde, vitalidade, capacidade e autonomia aliados à velhice.

Se é um facto que a componente genética exerce grande influência ao longo de toda a vida, também o indivíduo vai acumulando um conjunto de experiências e riscos que poderão pesar positiva ou negativamente na sua saúde e bem-estar na fase da velhice. Seja na infância, adolescência ou adultez, a desnutrição, o consumo de tabaco, o excesso de álcool, a falta de exercício físico ou a obesidade tendem a aumentar o risco de doenças e incapacidades (OMS, 1999). Também as diferenças em termos educativos, económicos e sociais têm tendência a ampliar a diversidade no envelhecimento. Níveis mais elevados de escolaridade, de posses financeiras e de interacção social tendem a relacionar-se com uma melhor condição de saúde e uma maior longevidade.

No entanto, as circunstâncias em que o envelhecimento ocorre depende, em grande medida, da forma como são vivenciadas pelo indivíduo, designadamente no que respeita ao equilíbrio que encontra entre perdas e ganhos (Strawbridge, Wallhagen, & Cohen, 2002; Schultz & Heckhausen, 1999). Se em termos biológicos as perdas são diversas e inevitáveis, em termos psicológicos existem formas diferenciadas de lidar com o processo de envelhecimento que podem ajudar a promover os ganhos (Baltes & Baltes, 1993; Rowe & Kahn, 1995). O envelhecimento, e por conseguinte a velhice, se forem oportunamente preparados ao longo da vida, poderão antever as situações geralmente referidas como mais stressantes: a saúde e o funcionamento físico e fisiológico e os problemas pessoais e familiares. Por este motivo, e para que o envelhecimento seja bem sucedido, as competências adaptativas devem estar presentes nas suas várias dimensões, nomeadamente a cognitiva (capacidade de resolução de problemas), comportamental (desempenho e competência social) e emocional (estratégias para lidar com o stress). Essas competências são, assim, inseparáveis de todo o processo, pois permitem aos indivíduos responder com flexibilidade aos desafios que vão surgindo, sejam eles físicos, socioeconómicos, emocionais, relacionais ou ambientais.

As imagens do envelhecimento e da velhice têm um impacto a nível social (são influenciadas e influenciam os padrões sociais), mas também a nível epistémico (produção de conhecimento e construção da realidade) (Viegas & Gomes, 2007). Por um lado, a concepção teórica é moldada pelas imagens prevalentes na sociedade, mas por outro, a construção da velhice e a procura da sua optimização

passou também a ser objecto de análise na investigação científica a nível mundial. Em Portugal têm sido realizados alguns estudos no âmbito das imagens (estereótipos) que os jovens têm das pessoas idosas e da velhice (Simões, 1985, 1990; Neto, Raveau, & Chiche, 1989; Neto, 1992). Também se conhecem outros trabalhos que se debruçam sobre o bem-estar na velhice. Contudo pouco se sabe acerca do modo como as diferentes faixas etárias encaram o envelhecimento e a velhice e a sua preparação, pelo que a identificação de grupos de imagens poderá contribuir para uma intervenção, preventiva e/ou correctiva, que melhore a qualidade de vida dos indivíduos.

As imagens que emergem do estudo que aqui se apresenta reflectem a concepção da população portuguesa sobre o que é envelhecer, quais as condutas sociais inerentes à condição de pessoa idosa e qual a importância ou não em preparar a velhice. Os resultados sugerem que essas imagens são multidimensionais e complexas, incidindo sobre vertentes várias, nomeadamente a biológica, funcional, psicológica, cognitiva, social, afectiva e na postura face à sua preparação. Englobam conteúdos diversos, comportando uma duplicidade de aspectos avaliados como positivos e negativos, ou de grau de importância variável: (i) cognitivos (incompetência e competência cognitiva, maturidade cognitiva); (ii) físicos (dependência e independência física); (iii) afectivos (dependência e independência emocional); (iv) sociais (incompetência e competência relacional, antiquado, maturidade relacional); (v) de bem-estar cognitivo e físico; (vi) atitudinais (de pouco importante a muito importante).

Sejam imagens negativas, positivas ou ambivalentes (negativas e positivas, em simultâneo), o discurso sobre o envelhecimento e velhice tende a ser homogeneizante, centrado nas doenças e vulnerabilidades, mas também na sabedoria e maturidade emocional dos indivíduos. Se por um lado existe a convicção de um declínio na capacidade e autonomia físicas e psicológicas, por outro a prática de vida e o conhecimento acumulado pelos anos vividos fazem com que a velhice seja vista como uma fase de competências para a percepção e interpretação do mundo. Decorrentes desta aparente contradição, constata-se repercussões de significados diversos em várias áreas, como nas relações intra e intergeracionais, nas laborais, no acesso e utilização dos sistemas de saúde, educação e acção social, com efeitos nas pessoas idosas, nas não-idosas e nas suas relações sociais.



A natureza e construção dessas imagens tendem a variar consoante a faixa etária, género, estado civil, escolaridade ou profissão e também a influenciar o percurso individual para um envelhecimento bem sucedido.

São três as imagens que emergiram:

- A velhice é uma fase de competência, mas também de dependência, cuja preparação é pouco importante. Aqui agrupam-se 40,8% dos inquiridos, que expressam imagens ambivalentes (positivas e negativas em simultâneo) e tendem a não se preocupar com o presente nem a preparar o futuro. Os indivíduos perspectivam a presença de ganhos e perdas em simultâneo, a preparação da velhice é pouco importante por ser mais uma fase da vida, um processo que decorre com naturalidade. Estas imagens predominam nos indivíduos com idades entre os 13-27 anos e 33-47 anos, do género masculino, com escolaridade média ou superior (2º, 3º CEB, ensino secundário e superior), empregados, casados e solteiros, sem filhos e com residência rural.
- A velhice é uma fase de muita competência, independência, maturidade, cuja preparação é importante. Os indivíduos (32,1%) manifestam imagens positivas do envelhecimento e da velhice e tendem a planear o futuro, mas enfatizam o presente e a vivência do dia-a-dia. Estas imagens predominam nos indivíduos com idades entre 13-27 anos e 53-67 anos, do género masculino, com escolaridade média (2º, 3º CEB e ensino secundário), estudantes, casados e solteiros, sem filhos, que trabalha(ram) com pessoas idosas e com residência urbana.
- A velhice é uma fase de incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro e a preparação é importante. Os indivíduos com estas imagens negativas do envelhecimento e da velhice (27%) tendem a focalizar-se no futuro, adoptando comportamentos pró-activos. Predominam nos indivíduos mais velhos, a partir dos 53 anos (53-67 anos e 73-87 anos), do género feminino, com nenhuma ou baixa escolaridade, domésticas e reformados, viúvos e com filhos.

No que respeita às variáveis escolaridade, existência ou não de filhos e estado civil verifica-se a presença de um padrão quanto à natureza das imagens manifestadas: quanto menor a escolaridade, mais se tende a ter uma visão

negativa da velhice; o facto de não ter filhos, ser casado ou solteiro tende a influenciar uma visão ambivalente ou positiva da velhice.

No que respeita à preocupação em preparar um envelhecimento bem sucedido, os inquiridos que destacam a sua importância são aqueles que encaram o envelhecimento e a velhice como globalmente negativos ou como globalmente positivos. Os primeiros, na procura de evitar ou retardar as perdas e os segundos com o intuito de promover os ganhos. Também a variável idade parece ter influência nessa preocupação: constata-se que são os mais novos que pouco a valorizam, enquanto que os mais velhos consideram que a preparação dessa última fase de vida deve ser tida em conta.

De acordo com os dados obtidos e aqui expostos, tanto as estratégias para a mudança das imagens negativas ou irrealistas (positivas ou negativas) do envelhecimento e da velhice, como as estratégias de promoção de um envelhecimento bem sucedido, deverão incidir nas dimensões individual e familiar. Sabendo-se que esse processo passa primeiro pela tomada de consciência dos próprios indivíduos, a adopção de um modo de vida adequado e o desenvolvimento de uma rede social de suporte é de importância evidente. Os inquiridos consideraram útil o adoptar um estilo de vida saudável, o viver o quotidiano com gosto, o ter projectos de vida, o ocupar os tempos livres, e o ser-se pró-activo.

Contudo, a mudança das imagens irrealisticamente negativas ou irrealisticamente positivas e a promoção de um envelhecimento bem sucedido têm também que ser consideradas numa dimensão mais lata, em termos sociais e institucionais, não devendo ser imputadas apenas à responsabilidade individual. A alteração das imagens do envelhecimento e da velhice podem ser trabalhadas no contexto do mercado de trabalho, do sistema de saúde, do sistema de educação, do sistema de acção social e no da comunicação social. Este processo deve ter lugar ao longo da vida do indivíduo e as diversas instituições representam um papel crucial na mudança das imagens, atitudes e comportamentos velhistas.

O desenvolvimento deste estudo suscitou ainda algumas questões que poderão servir como possíveis linhas de investigação futura. Seria interessante conhecer e aprofundar as imagens num estudo longitudinal, o que implica um período de tempo bastante mais alongado, assim como compreender a influência de outros factores na formação das imagens, tais como a constituição do agregado familiar,

a qualidade da rede social dos indivíduos, o rendimento. Teria igualmente interesse observar com mais minúcia a variação das imagens entre indivíduos com ou sem uma dimensão de espiritualidade no seu quotidiano ou entre géneros. A 'feminização da velhice' tem chamado a atenção para as diferenças de género, o que resulta num melhor conhecimento sobre a velhice nas mulheres.

Assiste-se neste momento a uma provável mudança de paradigma no modo de vida das actuais sociedades. O que sempre foi dado com certo e seguro pode vir a alterar-se em poucos anos, sendo os grupos mais vulneráveis os mais expostos. Um estudo das imagens do envelhecimento e da velhice e da sua preparação à luz das modificações que já se antecipam, com possíveis repercussões na mudança de conceitos, atitudes e comportamentos a nível individual, familiar, social e institucional, poderão fornecer dados importantes para identificar potenciais problemas e encontrar soluções mais adequadas.

- Achenbaum, W. (1995). *Crossing frontiers: Gerontology emerges as a science*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ackerman, P. L. (2000). Domain-specific knowledge as the "dark matter" of adult intelligence: gf/gc, personality and interest correlates. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 55B (2), 69-84.
- Aday, R. H., Evans, E., & Sims, C. (1991). Youth's attitudes toward the elderly: The impact of intergenerational partners. *Journal of Applied Gerontology*, 10, 372-384.
- Aiken, L. (1995). *Aging: An introduction to Gerontology*. California: Sage Publications, Inc.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Englewoods Cliffs: Prentice-Hall.
- Alexandre, V. (1996). Les attitudes et leurs mesures. In J. Deschamps & J. Beauvois (Coords.), *Des attitudes aux attributions : sur la construction de la réalité sociale* (pp. 23-40) (Vol. 2). Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Allport, G. (1954). *The nature of prejudice*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Allport, G. (2000). The nature of prejudice. In C. Stangor (Ed.), *Stereotypes and prejudice: Essential readings* (pp. 20-48). MI: Taylor & Francis Brothers.
- Ambady, N., Koo, J., Rosenthal, R., & Winograd, C. (2002). Physical therapists' nonverbal communication predicts geriatric patients' health outcomes. *Psychology and Aging*, 17 (3), 443-452.
- Andrews, M. (1999). The seductiveness of agelessness. *Ageing and Society*, 19, 301-318.
- Antonini, F., Magnolfi, S., Petruzzi, E., Pinzani, P., Malentacchi, F., Petruzzi, I., & Masotti, G. (2008). Physical performance and creative activities of centenarians. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 46, 253-261.

- APA (American Psychological Association) (2004). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist*, 59 (4), 236-260.
- APA (American Psychological Association) (2005). *Justification for APA Resolution on Ageism*. Acedido em 15 de Outubro de 2005, de <http://www.apa.org/pi/aging/ageism.html>.
- Arber, S. (1997). Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990. *Social Science and Medicine*, 44 (6), 773-787.
- Ashmore, R. D. (1970). Prejudice: Causes and cures. In B. Collins (Ed.), *Social psychology: Social influence, attitude change, group processes, and prejudice* (pp. 245-339). Reading, MA: Addison-Wesley.
- Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121, 417-436.
- Atchley, R. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29, 183-190.
- Atchley, R., & Barusch, A. (2004). The scope of social gerontology. In R. Atchley & A. Barusch, *Social forces and aging: an introduction to social gerontology* (pp. 2-23) (10<sup>th</sup> ed.). Belmont: Wadsworth/Thomson Learning.
- Australia Queensland Government, Department of families (2002). *Ageing: myth & reality*. Acedido em 18 de Março de 2004, de [http://www.communities.qld.gov.au/seniors/publications/documents/pdf/agging\\_myth\\_reality.pdf](http://www.communities.qld.gov.au/seniors/publications/documents/pdf/agging_myth_reality.pdf).
- Bailey, W. (1991). Knowledge, attitude and psychosocial development of young and old adults. *Educational Gerontology*, 17 (3), 269-274.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23 (5), 611-626.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49 (2), 123-135.
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*, 55, 471-507.

- Baltes, P., & Baltes, M. (1993). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1991). Self-efficacy mechanism in physiological activation and health-promoting behavior. In J. Madden, IV (Ed.), *Neurobiology of learning, emotion and affect* (pp. 229- 270). New York: Raven.
- Barak, B., & Schiffman, L. (1981). Cognitive age: A nonchronological age variable. *Advances in Consumer Research*, 8 (1), 602-606.
- Barak, B., Mathur, A., Lee, K., & Zhang, Y. (2001). Perceptions of age-identity: A cross-cultural inner-age exploration. *Psychology & Marketing*, 18 (10), 1003-1029.
- Bartels, S. J., & Smyer, M. S. (2002). Mental disorders of aging: An emerging public health crisis. *Generations: Journal of the American Society of Aging*, 26 (1), 14-20.
- Barthes, R. (1952). *Mythologies*. Paris: Seuil.
- Beauvoir, S. (1977). *Old age*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Beauvois, J. L., & Deschamps, J. C. (1990). Vers la cognition sociale. In R. Ghiglione, C. Bonnet, & J. F. Richard (Eds.), *Traité de psychologie cognitive* (pp. 2-109). (Vol. III). Paris: Dunod.
- Belgrave, L. (1993). Discrimination against older women in health care. *Journal of Women and Aging*, 5, 181-199.
- Belkis, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: International Thomson Editores.
- Bell, B. D., & Stanfield, G. G. (1973a). The aging stereotype in experimental perspective. *Gerontologist*, 13, 341-344.
- Bell, B. D., & Stanfield, G. G. (1973b). Chronological age in relation to attitudinal judgments: An experimental analysis. *Journal of Gerontology*, 28, 491-496.
- Bengtson, V. L., Kasschau, P. L., & Ragan, P. K. (1977). The impact of social structure on aging individuals. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 327-353). New York: Van Nostrand Reinhold Company.

- Berg, C. A., & Sternberg R. J. (1992). Adults' conceptions of intelligence across the life span. *Psychology and Aging*, 7, 221-231.
- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Birren, J., & Cunningham, W. (1985). Research on the psychology of aging: Principles, concepts and theory. In J. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 3-34). New York: Van Nostrand.
- Birren, J., & Schroots, J. (1996). History, concepts, and theory in the psychology of aging. In J. Birren, & K. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 3-23) (4<sup>th</sup> ed.). San Diego: Academic Press.
- Blanchard-Fields, F., Baldi, R., & Stein, R. (1999). Age relevance and context effects on attributions across adult lifespan. *International Journal of Behavioral Development*, 23, 665-683.
- Blazer, D. (2006). Successful aging. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 2-5.
- Block, M. R., Davidson, J. L., & Grambs, J. D. (1981). *Women over forty*. New York: Springer Publishing Company.
- Bode, C., Ridder, D., Kuijer, R., & Bensing, J. (2007). Effects of an intervention promoting proactive coping competences in middle and late adulthood. *The Gerontologist*, 47 (1), 42-51.
- Borgatta, E. (1991). Age discrimination issues. *Research on Aging*, 13, 476-484.
- Botelho, M. A. (2000). *Autonomia funcional em idosos: caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Prémio Bial 2000, Menção honrosa. Lisboa: Fundação Bial.
- Bowd, A. D. (2003). Stereotypes of elderly persons in narrative jokes. *Research on Aging*, 25 (1), 22-35.
- Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *The British Medical Journal*, 331 (7531), 1548-1551.
- Boyer, P. (2000). Evolutionary psychology and cultural transmission. *American Behavioral Scientist*, 43 (6), 987-1000.
- Braithwaite, V. A. (1986). Old age stereotypes: Reconciling contradictions. *Journal of Gerontology*, 41, 353-360.

- Brandtstädter, J., & Baltes-Götz, B. (1990). Personal control over development and quality of life perspectives in adulthood. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from behavioral sciences* (pp. 197-224). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Brewer, M. B., Dull, V., & Lui, L. (1981). Perceptions of the elderly: Stereotypes as prototypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41 (4), 656-670.
- Brown, G.W. (1989). Life Events and Measurement. In G.W. Brown & T.O. Harris (Eds.), *Life events and illness* (pp. 3-43). London: Unwin-Hyman.
- Bullock, H. E. (1995). Class acts: Middle-class responses to the poor. In B. Loot & D. Maluso (Eds.), *The social psychology of interpersonal discrimination* (pp. 118-159). New York: The Guilford Press.
- Burnside, I. M., Ebersole, P., & Monea, H. E. (1979). *Psychosocial caring throughout the lifespan*. New York: McGraw-Hill.
- Busschbach, J. J., Hessing, D. J., & Charro F. T. (1993). The utility of health at different stages in life: a quantitative approach. *Social Science and Medicine*, 37 (2), 153-158.
- Butler, R. N. (1969). Ageism: another form of bigotry. *Gerontologist*, 9, 243-246.
- Butler, R. N. (1985). *Productive aging*. New York: Springer.
- Butler, R. N. (1989). Dispelling ageism: the cross-cutting intervention. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 503, 138-147.
- Bytheway, B. (1995). *Ageism*. Buckingham, United Kingdom: Open University Press.
- Bytheway, B. (2005). Ageism and age categorization. *Journal of Social Issues*, 61 (2), 361-374.
- Cabanas, J. (1999). Socialización y tercera edad. In S. Yubero, J. Latorre, J. Montañés, & E. Larrañaga (Coords.), *Envejecimiento, sociedad y salud* (pp. 43-58). Cuenca, España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Caporeal, L. R., Lukaszewski, M., & Culbertson, G. (1983). Secondary baby talk: Judgments by institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 876-884.



- Carstensen, L. (1991). Selectivity theory: Social activity in life-span context. In W. Schaie & M. Lawton (Eds.), *Annual review of Gerontology and Geriatrics* (pp. 195-217) (Vol. 11). New York: Springer.
- Cavanaugh, J. C. (1993). *Adult development and aging* (2<sup>nd</sup> ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Chasteen, A. L., & Pratt, J. (1999). The effect of age-related stereotypes on response initiation and execution. *Journal of General Psychology*, 126, 17-36.
- Cheung, C. K., Chan, C., M. & Lee, J. J. (1999). Beliefs about elderly people among social workers and the general public in Hong Kong. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 14, 131-152.
- Chua, C., Cote, J., & Leong, S. (1990). The antecedents of cognitive age. *Advances in Consumer Research*, 17, 880-885.
- Cohen, H., Sandel, M., Thomas, C., & Barton, T. (2004). Using focus group as an educational methodology: Deconstructing stereotypes and social work practice misconceptions concerning aging and older adults. *Educational Gerontology*, 30 (4), 329-346.
- Corneille, O., & Yzerbit, V. (2002). Dependence and the formation of stereotyped beliefs about groups: from interpersonal to intergroup perception. In McGarty, C., Yzerbit, V. & Spears, R. (Eds.), *Stereotypes as explanations: The formation of meaningful beliefs about social groups* (pp. 111-126). United Kingdom: Cambridge University Press.
- Coupland, N., Coupland, J., Giles, H., & Henwood, K. (1988). Accommodating the elderly: Invoking and extending a theory. *Language in Society*, 17, 1-41.
- Cox, H. (2006). *Later life: The realities of aging* (6<sup>th</sup> ed.). New Jersey: Pearson, Prentice-Hall.
- Crowther, M., Parker, M., Achenbaum, W., Larimore, W., & Koenig, H. (2002). Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: Positive spirituality – The forgotten factor. *The Gerontologist*, 42 (5), 613-620.
- Cuddy, A. J., & Fiske, S. T. (2002). Doddering but dear: process, content and function in stereotyping of older persons. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 3-26). Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press.

- Cumming, E., & Henry, W. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Book.
- Deep, C., Vahia, I., & Jeste, D. (2007). The intersection of mental health and successful aging. *Psychiatric Times*, 24(13). Acedido em 8 de Maio de 2008, de <http://www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/54806?pageNumber=2>.
- Degnen, C. (2007). Minding the gap: the construction of old age and oldness amongst peers. *Journal of Aging Studies*, 21, 69-80.
- Denis, M. (1989). *Image et cognition*. Paris: Presses Universitaires de France.
- DePaola, S. J., Griffin, M., Young, J. R., & Neimeyer, R. A. (2003). Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: The role of gender and ethnicity. *Death Studies*, 27, 335-354.
- Deutsch, F. M., Zalski, C. M., & Clark, M. E. (1986). Is there a double standard of aging? *Journal of Gerontology*, 31 (1), 53-57.
- Di Mauro, S., Leotta, C., Giuffrida, F., Distefano, A., & Grasso, M. G. (2003). Suicides and the third age. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 36, 1-6.
- Douglas, M. (2002). *Purity and danger*. London: Routledge Classics.
- Dovidio, J., Brigham, J., Johnson, B., & Gaertner, S. (1996). Stereotyping, prejudice, and discrimination: Another look. In C. N. Macrae, C. Stangor & M. Hewstone (Eds.), *Stereotypes & Stereotyping* (pp. 276-319). New York: The Guilford Press.
- Drevenstedt, J. (1976). Perceptions of onsets of young adulthood, middle age, and old age. *Journal of Gerontology*, 31 (1), 53-57.
- Duay, D., & Bryan, V. (2006). Senior adults' perceptions of successful aging. *Educational Gerontology*, 32, 423-445.
- Durand, G. (1969). *Les structures anthropologiques de l'imaginaire*. Paris: Bordas.
- Durand, G. (1994). *Figures mystiques et visages de l'oeuvre*. Paris: Dunod.
- Durkheim, E. (1965). *The elementary forms of the religious life*. New York: The Free Press.

- Easterlin, R. (1995). Economic and social implications of demographic patterns. In R. H. Binstock & L. K. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (pp. 73-93). San Diego: Academic Press.
- Elejabarrieta, F. (1996). Le concept de représentation sociale. In J. Deschamps & J. Beauvois (Coords.), *Des attitudes aux attributions: sur la construction de la réalité sociale* (pp. 137-150) (Vol. 2). Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Estes, C., & Rundall, T. (1992). Social characteristics, social structure, and health in the aging population. In M. Ory, R. Abeles & P. Lipman (Eds.), *Aging, health, and behavior* (pp. 299-326). Newbury Park, CA: Sage.
- Fañçois, P. H. (2004). Représentations des compétences, une approche psychosociale. *Psychologie du travail et des organisations*, 10, 131-144.
- Farr, R. M. (1983). Escuelas europeas de psicología social: la investigación de representaciones sociales en Francia. *Revista Mexicana de Sociología*, 65, 641-657.
- Farrer, L. A. (1987). Genetics neurodegenerative disease models for human aging. *Review of Biological Research in Aging*, 3, 163-169.
- Featherman, D., Smith, J., & Peterson, J. (1993). Successful aging in a post-retired society. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from behavioral sciences* (pp. 50-93). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Featherstone, M. (1995). Post-bodies, aging and virtual reality. In M. Featherstone & A. Wernick (Eds.), *Images of aging: cultural representations of later life* (pp. 227-244). London: Routledge.
- Featherstone, M., & Hepworth, M. (1996). Images of aging. In J. Birren (Ed.), *Encyclopedia of Gerontology: age, aging and the aged* (pp. 743-751) (Vol. 1). San Diego: Academic Press.
- Featherstone, M., & Wernick, A. (1995). Introduction. In M. Featherstone & A. Wernick (Eds.), *Images of aging: cultural representations of later life* (pp. 1-15). London: Routledge.
- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.

- Fernández-Ballesteros, R. (2000). Gerontología social: Introducción. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Gerontología Social* (pp. 31-54). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Fresneda, R., Martínez, J., & Zamarrón, M. D. (1999). Aspectos básicos en el estudio psicológico de la vejez y el envejecimiento. In R. Colom (Coord.), *Qué es la psicología de la vejez* (pp. 17- 36). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Ferrario, C., Freeman, F., Nellett, G., & Scheel, J. (2008). Changing nursing students' attitudes about aging: An argument for the successful aging paradigm. *Educational Gerontology*, 34, 51-66.
- Filho, E. (1996). Fisiologia do envelhecimento. In M. Netto (Org.), *Gerontologia: A Belice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 60-70). São Paulo: Editora Atheneu.
- Fisher, B. (1992). Successful aging and life satisfaction: A pilot study for conceptual clarification. *Journal of Aging Studies*, 6 (2), 191-202.
- Fisher, B. (1995). Successful aging, life satisfaction, and generativity in later life. *International Journal of Aging and Human Development*, 41 (3), 239-250.
- Fiske, S. T. (1998). Stereotyping, prejudice and discrimination. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske & G. Lindzey (Eds.), *The Handbook of Social Psychology* (pp. 357-411) (Vol. 2). New York: McGraw-Hill.
- Fiske, S. T. (2000). Stereotyping, prejudice and discrimination at the seam between the centuries: Evolution, culture, mind and brain. *European Journal of Social Psychology*, 30, 299-322.
- Fonseca, A. M. (2004). *O envelhecimento, uma abordagem psicológica*. Lisboa: UCatólica Editora.
- Ford, A. B., Haug, M. R., Stange, K. C., Gaines, A. D., Noelker, L. S., & Jones, P. K. (2000). Sustained personal autonomy: A measure of successful aging. *Journal of Aging and Health*, 12 (4), 470-489.
- Fredrickson, B. L., Collins, C. L., & Carstensen, L. L. (1989). *Affective interpretations of and responses to old and young neutral faces*. Paper presented in Meeting of the Gerontological Society of America, Minneapolis, United States of America.

- Freeman, J. T. (1979). *Aging: Its history and literature*. New York: Human Sciences Press.
- Freitas, A., Liberman, N., Salovey, P., & Higgins, E. (2002). When to begin? Regulatory focus and initiating goal pursuit. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 121-130.
- Fried, L., Freedman, M., Endres, T., & Wasik, B. (1997). Building communities that promotes successful aging. *West Journal Med*, 167 (4), 216-219.
- Friedrich, D. (2003). Personal and societal intervention strategies for successful aging. *Ageing International*, 28 (1), 3-36.
- Fries, J. (1993). Medical perspectives upon successful aging. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from behavioral sciences* (pp. 35-49). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Fry, C. (1995). Age, aging and culture. In R. H. Binstock & L. K. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (pp. 118-136). San Diego: Academic Press.
- García, M. J. (1999). El tabú de la vejez. In S. Yubero, J. Latorre, J. Montañes & E. Larrañaga (Coord.), *Envejecimiento, sociedad y salud* (pp. 149-182). Cuenca, España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Garfein, A., & Herzog, A. (1995). Robust aging among the young-old, old-old, and oldest-old. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 50B, S77-S87.
- Gellis, Z. D., Sherman, S., & Lawrance, F. (2003). First-year graduate social work students' knowledge of and attitude toward adults. *Educational Gerontology*, 29, 1-16.
- Genevay, B., & Katz, R. S. (1990). *Countertransference and older clients*. Beverly Hills, CA: Sage.
- George, L. (1993). Sociological perspectives on life transitions. *Annual Review of Sociology*, 19, 353-373.
- Gergen, M. M., & Gergen, K. J. (2001). Positive aging: New images for a new age. *Ageing International*, 27 (1), 3-23.
- Gerstorf, D., Smith, J., & Baltes, P. B. (2006). A systemic-wholistic approach to differential aging: Longitudinal findings from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 21, 645-663.

- Gibson, D. (1996). Broken down by age and gender: The problem of old women redefined. *Gender & Society*, 10 (4), 433-448.
- Gibson, R. C. (1995). Promoting successful and productive aging in minority populations. In L. A. Bond, S. J. Cutler & A. Grams (Eds.), *Promoting successful and productive aging* (pp. 279-288). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gilbert, R. B. (2004). Aging and loss. *Illness, Crisis & Loss*, 12 (3), 199-211.
- Giles, H., & Dorjee, T. (2004). Communicative climates and prospects in cross-cultural gerontology. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 19, 261-274.
- Giles, H., & Reid, S. A. (2005). Ageism across the lifespan: Towards a self-categorization model of ageing. *Journal of Social Issues*, 61 (2), 389-404.
- Glick, P., & Fiske, S. T. (1996). The ambivalent sexism Inventory: Differentiating hostile from benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 491-512.
- Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F., & Fonseca, A. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (1), 137-143.
- Gordon, R. A., & Arvey, R. D. (2004). Age bias in laboratory and field settings: A meta-analytic investigation. *Journal of Applied Social Psychology*, 34, 1-27.
- Greenberg, J., Schimel, J., & Martens, A. (2002). Ageism: Denying the face of the future. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 27-48). Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press.
- Guillemard, A. M. (1980). *La vieillesse et l'État*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Guo, X., Erber, J. T., & Szuchman, L. T. (1999). Age and forgetfulness: Can stereotypes be modified? *Educational Gerontology*, 25, 457-466.
- Guse, L., & Masesar, M. (1999). Quality of life and successful aging in long-term care: Perceptions of residents. *Issues in Mental Health Nursing*, 20, 527-539.
- Gwinner, K., & Stephens, N. (2001). Testing the implied mediational role of cognitive age. *Psychology & Marketing*, 18 (10), 1031-1048.

- Hagestad, G. O., & Uhlenberg, P. (2005). The social separation of old and young: A root of ageism. *Journal of Social Issues*, 61 (2), 343-360.
- Hagino, T., Ochiai, S., Wako, M., Sato, E., Maekawa, S., & Hamada, Y. (2008). Comparison of the prognosis among different age groups in elderly patients with hip fracture. *Indian Journal of Orthopedy*, 42 (1), 29-32.
- Hansson, R., & Carpenter, B. (1994). *Relationships in old age: Coping with the challenge of transition*. New York: The Guilford Press.
- Hareven, T. (1995). Changing images of aging and the social construction of the life course. In M. Featherstone & A. Wernick (Eds.), *Images of aging: Cultural representations of later life* (pp. 119-134). London: Routledge.
- Harris, L. A., & Dollinger, B. (2001). Participation in a course on aging: Knowledge, attitudes and anxiety about aging in oneself and others. *Educational Gerontology*, 27, 657-67.
- Harris, M., Page, P., & Begay, C. (1988). Attitudes toward aging in a southwestern sample: Effects of ethnicity, age, and sex. *Psychological Reports*, 62 (3), 735-746.
- Hausdorff, J. M., Levy, B. R., & Wei, J. Y. (1999). The power of ageism on physical function of older persons: Reversibility of age-related gait changes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47 (11), 1346-1349.
- Havighurst, R. (1961). Successful aging. *Gerontologist*, 1, 8-13.
- Havighurst, R., & Albrecht, R. (1953). *Older people*. New York: Longmans.
- Hazzard, W. (1997). Ways to make 'usual' and 'successful' aging synonymous. *Western Journal of Medicine*, 167 (4), 206-215.
- Heckhausen, J., & Krüger, J. (1993). Developmental expectations for the self and most other people: Age grading in three functions of social comparison. *Developmental Psychology*, 29 (3), 539-548.
- Heckhausen, J., Dixon, R., A. & Baltes, P. B. (1989). Gains and losses in development throughout adulthood as perceived by different adult age groups. *Developmental Psychology*, 25, 109-121.
- Hellbusch, J. S., Corbin, D. E., Thorson, J. A., & Stacy, R. D. (1994). Physicians's attitudes towards aging. *Gerontology and Geriatrics Education*, 15 (2), 55-65.

- Henderson, N. (1982). Human behaviour genetics. *Annual Review of Psychology*, 33, 872-883.
- Hendrie, H., Albert, M., Butters, M., Gao, S., Knopman, D., Launer, L., Yaffe, K., Cuthbert, B., Edwards, E., & Wagster, M. (2006). The NIH cognitive and emotional health project: Report of the critical evaluation study committee. *Alzheimer's & Dementia*, 2, 12-32.
- Henrard, J. C. (1996). Cultural problems of ageing especially regarding gender and intergenerational equity. *Social Science and Medicine*, 43 (5), 667-680.
- Henrich, J., & Boyd, R. (2002). On modelling cognition and culture: Why cultural evolution does not require replications of representations. *Journal of Cognition and Culture*, 2 (2), 87-111.
- Hepworth, M. (1999). In defiance of an ageing culture. *Aging and Society*, 19, 139-148.
- Hillman, J. L., Stricker, G., & Zweig, R. A. (1997). Clinical psychologists' judgments of older adult patients with character pathology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28 (2), 179-183.
- Hinsz, V. B., & Matz, D. C. (2003). Social psychology: a topical review. In S. Carta (Ed.), *Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS)*. Oxford: UNESCO-Eolss Publishers. Acedido em 23 de Junho de 2006, de <http://www.eolss.net>.
- Hippel, W., Silver, L. A., & Anderson, A. (2000). Stereotyping against your will: The role of inhibitory ability in stereotyping and prejudice among the elderly. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 523-532.
- Huici, C., & Moya, M. (1997). Procesos de inferencia y estereotipos. In J. F. Morales (Coord.), *Psicología Social* (pp. 271-390). Madrid: McGraw-Hill.
- Hummel, C. (1995). *Images de la vieillesse, représentation de l'altérité*. Genève: Université de Genève.
- Hummert, M. L. (1994). Physiognomic cues and the activation of stereotypes of the elderly in interaction. *International Journal of Aging and Human Development*, 39, 5-20.
- Hummert, M. L., Garstka, T. A., & Shaner, J. L. (1995). Beliefs about language performance: Adults' perceptions about self and elderly targets. *Journal of Language and Social Psychology*, 14 (3), 235-259.



- Hummert, M. L., Garstka, T. A., & Shaner, J. L. (1997). Stereotyping of older adults: The role of target facial cues and perceiver characteristics. *Psychology and Aging, 12* (1), 107:114.
- Hummert, M. L., Garstka, T. A., Shaner, J. L., & Strahm, S. (1994). Stereotypes of the elderly held by young, middle-age and elderly adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 49*, 240-249.
- Hurd, L. (1999). We're not old!: Older women's negotiation of aging and oldness. *Journal of Aging Studies, 13* (4), 419-439.
- INE (Instituto Nacional de Estatística - Portugal) (1999). *As gerações mais idosas* (Série de Estudos n.º 83). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE (Instituto Nacional de Estatística - Portugal) (2000). *Resultados Definitivos: As causas de morte em Portugal, 2000*. Acedido em 13 de Novembro de 2007, de [http://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=93940&att\\_display=n&att\\_download=y](http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=93940&att_display=n&att_download=y).
- INE (Instituto Nacional de Estatística - Portugal) (2001). *O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas* (Destaque do INE de 8 de Abril, Informação à Comunicação Social). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE (Instituto Nacional de Estatística - Portugal) (2009). *Projeções da população residente em Portugal, 2008-2060*. Acedido em 3 de Outubro de 2009, de [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=65944632&PUBLICACOEStema=00&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65944632&PUBLICACOEStema=00&PUBLICACOESmodo=2).
- Jackson, L., & Sullivan, L. (1988). Age stereotypes disconfirming informations and evaluations of old people. *Journal of Social Psychology, 128* (6), 721-729.
- Jodelet, D. (1989). *Folies et représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Johnson, T. (1988). Genetic specification of life span : Processes, problems, and potentials. *Journal of Gerontology: Biological Sciences, 43*, B87-92.
- Johnson, T., Lithgow, G., Murakami, S., & Shook, D. (1996). Genetics. In J. Birren (Ed.), *Encyclopedia of Gerontology* (pp. 577-586) (Vol.1). New York: Academic Press.

- Jopp, D., Rott, C., & Oswald, F. (2007). Valuation of life in old and very old age: The role of sociodemographic, social, and health resources for positive adaptation. *The Gerontologist*, 48 (5), 646-658.
- Jussim, L., & Fleming, C. (1996). Self-fulfilling prophecies and the maintenance of social stereotypes: The role of dyadic interactions and social forces. In C. N. Macrae, C. Stangor & M. Hewstone (Eds.), *Stereotypes & Stereotyping* (pp. 161-192). New York: The Guilford Press.
- Kahana, E., & Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. In V. Bengtson (Ed.), *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities* (pp. 18-41). New York: Springer.
- Kahana, E., Kahana, B., & Kercher, K. (2003). Emerging lifestyles and proactive options for successful ageing. *Ageing International*, 28 (2), 155-180.
- Kalavar, J. M. (2001). Examining ageism: Do male and female college students differ? *Educational Gerontology*, 27, 507-513.
- Kane, M. N. (2004). Ageism and intervention: What social work students believe about treating people differently because of age. *Educational Gerontology*, 30, 767-784.
- Kart, C. S., & Kinney, J. M. (2001). *The realities of aging: An introduction to gerontology* (6<sup>th</sup> ed.). Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Kashima, Y. (2000). Conceptions of culture and person for psychology. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 31 (1), 14-32.
- Kastenbaum, R., Derbin, V., Sabatini, P., & Artt, S. (1972). The ages of me: Toward personal and interpersonal definitions of functional age. *Aging and Human Development*, 3, 197-211.
- Kaufman, S. (1986). *The ageless self: Sources of meaning in late life*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Keith, J. (1980). The best is yet to be: Toward an anthropology of age. *Annual Review of Anthropology*, 9, 339-364.
- Kim, K. (2000). Cultural stereotypes of old age. In V. Bengtson, K. Kim, G. Myer & K. Eun (Eds.), *Aging in East and West: Families, states, and the elderly* (pp. 227-242). New York: Springer Publishing Company.

- Kite, M. E. (1996). Age, gender, and occupational label: A test of social role theory. *Psychology of Women Quarterly*, 20 (3), 361-374.
- Kite, M. E., & Johnson, B. T. (1988). Attitudes toward older and younger adults: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 3, 233-244.
- Kite, M. E., & Wagner, L. S. (2002). Attitudes toward older and young adults. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 129-161). Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press.
- Kite, M. E., Stockdale, G. D., Whitley, B. E., & Johnson, B. T. (2005). Attitudes toward young and older adults: An updated meta-analytic review. *Journal of Social Issues*, 61 (2), 241-266.
- Kleinspehn-Ammerlahn, A., Kotter-Grühn, D., & Smith, J. (2008). Self-perceptions of aging: Do subjective age and satisfaction with aging change during old age? *Journal of Gerontology*, 63B (6), 377-385.
- Knight, T., & Ricciardelli, L. A. (2003). Successful aging: Perceptions of adults aged between 70 and 101 years. *International Journal of Aging & Human Development*, 56 (3), 223-245.
- Knox, V. J., Gekoski, W. L., & Johnson, E. A. (1986). Contact with and perceptions of the elderly. *The Gerontologist*, 26, 309-313.
- Kogan, N., & Shelton, F. C. (1962). Images of 'old people' and 'people in general' in an older sample. *The journal of Genetic Psychology*, 100, 3-21.
- Kunda, Z. (1999). *Social cognition*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press.
- Laz, C. (2003). Age embodied. *Journal of Aging Studies*, 17, 503-519.
- Lazarus, R. S. (1998). Coping with aging: Individuality as a key to understanding. In I. H. Nordhus, G. R. VandenBos, S. Berg & P. Fromholt (Eds.), *Clinical Geropsychology* (pp. 109-127). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lebowitz, B. D., Pearson, J. L., & Cohen, G. D. (1998). Older Americans and their illnesses. In Salzman C. (Ed.), *Clinical Geriatric Psychopharmacology* (pp. 3-20) (3rd ed.). Baltimore, Md: Williams & Wilkins.
- Lehr, U., & Thomae, H. (2003). *Psicología de la senectud: Proceso y aprendizaje del envejecimiento*. Barcelona: Herder Editorial.

- Levitan, U. (1999). Contributions of social arrangements to the attainment of successful aging: The experience of the Israeli Kibbutz. *Journal of Gerontology*, 54, 205-213.
- Levy, B. R. (1996). Improving memory in old age through implicit self-stereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1092-1107.
- Levy, B. R. (2001). Eradication of ageism requires addressing the enemy within. *The Gerontologist*, 41 (5), 578-579.
- Levy, B. R., & Banaji, M. R. (2002). Implicit ageism. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 49-75). Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press.
- Levy, B., Hausdorff, J., Henke, R., & Wie, J. (2000). Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 55B, 205-213.
- Levy, B., Slade, M., Kundel, S., & Kasl, S. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 261-270.
- Lichtenstein, M. J., Pruski, L. A., Marshall, C. E., Blalock, C. L., Lee, S., & Plaetke, R. (2003). Sentence completion to assess children's views about aging. *The Gerontologist*, 43, 839-848.
- Lima, M. L. P. (1996). Atitudes. In J. Vala & M. B. Monteiro (Coords), *Psicologia Social* (pp. 167-199) (2ª Ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Linn, M. W., & Hunter, K. (1979). Perceptions of age in the elderly. *Journal of Gerontology*, 34, 46-52.
- Llera, F. (2001). Patología del envejecimiento. In J. Núñez, F. Llera & J. Casado (Eds.), *Geriatría desde el principio* (pp. 87-102). Barcelona: Editorial Glosa.
- Lupien, S. & Wan, N. (2004). Successful ageing: From cell to self. *Philosophical Transactions, The Royal Society of London, Biological Sciences*, 359, 1413-1426.
- Lutsky, N. S. (1980). Attitudes toward old age and elderly persons. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 1, 287-336.
- Lynott, R. J., & Lynott, P. P. (1996). Tracing the Course of Theoretical Development in the Sociology of Aging. *The Gerontologist*, 36 (6), 749-760.

- Macia, E., Chapuis-Lucciani, N., & Boëtsch, G. (2007). Stéréotypes liés à l'âge, estime de soi et santé perçue. *Sciences Sociales et Santé*, 25 (3), 79-105.
- Maddox, G. (1963). Activity and morale: A longitudinal study of selected elderly subjects. *Social Forces*, 42, 195-204.
- Maddox, G. (1965). Fact and artefact: Evidence bearing on disengagement theory from the Duke Geriatrics project. *Human Development*, 8, 117-130.
- Marchand, H. (2001). *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Marco, M. J., & Delgado, B. J. (2005). *Modificación de los estereotipos sobre los mayores: análisis del cambio de actitudes*. Madrid, IMSERSO. *Estudios I+D+I*, n.º9. Acedido em 28 de Fevereiro de 2006, de <http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/imerso-estudiosidi-09.pdf>.
- Markides, K., & Black, S. (1995). Race, ethnicity and aging: The impact of inequality. In R. Binstock & L. George (Eds.), *Handbook of aging and the Social Sciences* (pp. 153-170). San Diego: Academic Press.
- Marshall, V. W. (1999). Analyzing social theories of aging. In V. L. Bengtson & K. W. Schaie (Eds.) *Handbook of Theories of Aging* (pp. 434-58). New York: Springer Publishing Company.
- Matheson, D. H., Collins, C. L., & Kuehne, V. S. (2000). Older adult's multiple stereotypes of young adults. *International Journal of Aging and Human Development*, 51 (4), 245-257.
- Mathur, A., & Moschis, G. (2005). Antecedents of cognitive age: A replication and extension. *Psychology and Marketing*, 22 (12), 969-994.
- Matsumoto, D., & Juang, L. (2004). *Culture and psychology*. Belmonte: Wadsworth/Thomson Learning.
- McCann, R., & Giles, H. (2002). Ageism in the workplace: A communication perspective. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 163-199). Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press.
- McConnel, E. (2000). 'Outings to your taste': A nutrition program for the elderly. *The Gerontologist*, 40 (5), 612-647.

- McGinnis, M., Williams-Russo, P., & Knickman, J. (2002). The case for more active policy attention to health promotion. *Health Affairs*, 21 (2), 78-93.
- McGowan, T. G. (1996). Ageism and discrimination. In J. Birren (Ed.), *Encyclopedia of gerontology: Age, aging, and the aged* (pp. 71-80) (Vol. 1). San Diego: Academic Press.
- McGuire, S., Klein, D. & Couper, D. (2005). Aging Education: A national imperative. *Educational Gerontology*, 31 (6), 443-460.
- McHugh, K. E. (2003). Three faces of ageism: society, image and place. *Ageing and Society*, 23, 165-185.
- McMullin, J. A., & Marshall, V. W. (2001). Ageism, age relations, and Garment industry work in Montreal. *The Gerontologist*, 41 (1), 111-122.
- McPherson, B. (1990). *Aging as social process: An introduction to individual and population aging* (2<sup>nd</sup> ed.). Toronto: Butterworths.
- McVittie, C., McKinlay, A., & Widdicombe, S. (2003). Committed to (un)equal opportunities?: 'New ageism' and the older worker. *British Journal of Social Psychology*, 42, 595-612.
- Mersmann, B. (2003). Image. In H. Arlt & D. G. Daviau (Eds.), *Encyclopedia of Life Support Systems* (EOLSS). Oxford: UNESCO-Eolss Publishers. Acedido em 23 de Junho de 2006, de <http://www.eolss.net>.
- Meshel, D., & McGlynn, R. (2004). Intergenerational contact, attitudes, and stereotypes of adolescents and older people. *Educational Gerontology*, 30 (4), 457-479.
- Minichiello, V., Browne, J., & Kendig, H. (2000). Perceptions and consequences of ageism: Views of older people. *Ageing and Society*, 20, 253-278.
- Minois, G. (1999). *História da velhice no ocidente*. Lisboa: Editorial Teorema, Lda.
- Moen, P., & Erickson, M. (2001). Decision-making and satisfaction with a continuing care retirement community. *Journal of Housing for the Elderly*, 14 (2), 53-69.
- Moen, P., Dempster-McClain, D., & Williams, R. (1989). Social integration and longevity: An event history analysis of women's roles and resilience. *American Sociological Review*, 54 (4), 635-647.

- Moliner, P. (1996). *Images et representations sociales: De la théorie des représentations à l'étude des images sociales*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Montepare, J., Steinberg, J., & Rosenberg, B. (1992). Characteristics of vocal communication between young adults and their parents and grandparents. *Communication Research*, 19, 479-492.
- Montorio, I., & Izal, M. (1999). Cambios asociados al proceso de envejecimiento. In M. Izal & I. Montorio (Eds.), *Gerontología conductual: Bases para la intervención y ámbitos de aplicación* (pp. 33-66). Madrid: Editorial Síntesis.
- Moody, H. R. (2002). *Aging: Concepts and controversies* (4<sup>th</sup> ed.). California: Sage Publications, Inc.
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, 2: 1-25. Acedido em 15 de Maio de 2006, de <http://blues.uab.es/athenea/num2/Mora.pdf>.
- Moragas, R. (2003). Relações intergeracionais nas sociedades contemporâneas. In *Conferências do Congresso Internacional Co-Educação de Gerações*, São Paulo, Brasil. Acedido em 12 de Julho de 2006, de <http://www.sescsp.org.br/sesc/images/upload/conferencias/86.rtf>.
- Moscovici, S. (1963). Attitudes and opinions. *Annual Review of Psychology*, 14, 231-260.
- Moscovici, S. (2000). *Social representations: Explorations in social psychology*. Cambridge: Polity Press.
- Motta, M., Bennati, E., Ferlito, L., Malaguarnera, M., & Motta, L. (2005). Successful aging in centenarians: Myths and reality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 40, 241-251.
- Murteira, B., Ribeiro, C. S., Silva, J. A., & Pimenta, C. (2002). *Introdução à Estatística*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Neikrug, S. M. (1998). The value of gerontological knowledge for elders: A study of the relationship between knowledge on aging and worry about the future. *Educational Gerontology*, 24, 287-296.

- Nelson, T. D. (2002). Preface. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. ix-xv). Cambridge: Massachusetts Institute of Technology.
- Nelson, T. D. (2005). Ageism: Prejudice against our feared future self. *Journal of Social Issues*, 61 (2), 207-221.
- Neto, F. (1992). Estereótipos etários: Abordagem intercultural. *Psychologica*, 8, 81-94.
- Neto, F. (1998). *Psicologia Social* (Vol. 1). Lisboa: Universidade Aberta.
- Neto, F. (2004). Idadismo. In M. Lima & M. Pereira (Orgs.), *Estereótipos, preconceito e discriminação: Perspectivas teóricas e metodológicas* (pp. 279-300). Salvador da Bahia: Editora da Universidade Federal da Bahia.
- Neto, F., Raveau, F., e Chiche, J. (1989). Vieillesse et représentations: Effets du sexe et du niveau socioculturel. *Cahiers d'Anthropologie et Biométrie Humaine*, VII, 3-4, 209-228.
- Netto, M., & Borgonovi, N. (1996). Biologia e teorias do envelhecimento. In M. Netto (Org.), *Gerontologia: A Belice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 44-59). São Paulo: Editora Atheneu.
- Netto, M., & Ponte, J. (1996). Envelhecimento: Desafio na transição do século. In M. Netto (Org.), *Gerontologia: A Belice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 3-12). São Paulo: Editora Atheneu.
- Netz, Y., & Bem-Sira, D. (1993). Attitudes of young people, adults and older adults from three generation families toward the concepts 'ideal person', 'youth' and 'old person'. *Educational Gerontology*, 19, 607-621.
- Neugarten, B. (1975). The future and the young old. *The Gerontologist*, 15, 4-9.
- Neugarten, B. (1999). Los viejos-jóvenes y la sociedad donde la edad es irrelevante. In B. Neugarten & D. Neugarten (Ed.), *Los significados de la edad* (pp. 61-73). Barcelona: Herder Editorial.
- Ng, S. H. (1998). Social psychology in ageing world: Ageism and intergenerational relations. *Asian Journal of Social Psychology*, 1, 99-116.
- Ng, S. H. (2002). Will families support their elders? Answers from across cultures. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against*



older persons (pp. 295-309). Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press.

- Nolan, K., & Blass, J. (1992). Preventing cognitive decline. *Clinical Geriatric Medicine*, 8 (1), 19-34.
- Novoa, J., Bouza, J., Sarmiento, R., & Núñez, J. (2001). Biología del envejecimiento. In J. Núñez, F. Llera & J. Casado (Eds.), *Geriatría desde el principio* (pp. 15- 38). Barcelona: Editorial Glosa.
- Nussbaum, J., Thompson, T., & Robinson, J. (1989). *Communication and aging*. New York: Harper and Row.
- O'Connell, A. N., & Rotter, N. G. (1979). The influence of stimulus age and sex on person perception. *Journal of Gerontology*, 34 (2), 220-228.
- O'Hanlon, A. M., Camp, C. J., & Osofsky, H. J. (1993). Knowledge of and attitudes toward aging in young, middle-aged, and older college students: A comparison of two measures of knowledge of aging. *Educational Gerontology*, 19, 753-766.
- O'Hanlon, A. M., & Brookover, B. C. (2002). Assessing changes in attitudes about aging: Personal reflections and a standardized measure. *Educational Gerontology*, 28, 711-25.
- OMS (Organização Mundial de Saúde / World Health Organization) (1948). *Official records of the World Health Organization, n ° 2: Proceedings and Final Acts of the International Health Conference*. New York: United Nations, WHO Interim Commission.
- OMS (Organização Mundial de Saúde / World Health Organization) (1999). *Exploding the myths*. Ageing and Health Programme. Acedido em 20 de Junho de 2006, de [http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/who\\_hsc\\_ahc\\_99.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/who_hsc_ahc_99.1.pdf).
- OMS (Organização Mundial de Saúde / World Health Organization) (2006). *Definition of an older or elderly person*. Acedido em 8 de Fevereiro de 2006, de <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en>.
- ONU (Organização das Nações Unidas / United Nations) (2000). *World Ageing Situation 2000*. Acedido em 9 de Setembro de 2009, de <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/challenges.html>.

- Ory, M., Hoffman, M., Hawkins, M., Sanner, B., & Mockenhaupt, R. (2003). Challenging aging stereotypes: Strategies for creating a more active society. *American Journal of Preventive Medicine*, 25 (3), 164-171.
- Ouwehand, C., Ridder, D. T., & Bensing, J. M. (2007). A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical Psychology Review*, 27, 873-884.
- Páez, D. (1987). Características, funciones y proceso de formación de las representaciones sociales. In D. Páez (Coord.), *Pensamento, individuo y sociedad: cognición y representación social* (pp. 297-317). Madrid: Editorial Fundamentos.
- Páez, D. (2004). Relaciones intergrupales. In D. Páez, I. Fernández, S. Ubillos & E. Zubieta (Coords.), *Psicología social, cultura y educación* (pp. 752-769). Madrid: Pearson Educación.
- Palmore, E. B. (1999). *Ageism: Negative and Positive* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Palmore, E. B. (2003). Ageism comes of age. *Gerontologist*, 43 (3), 418-420.
- Palmore, E. B. (2004). Research note: Ageism in Canada and the United States. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 19, 41-46.
- Papalia, D. E., Sterns, H. L., Feldman, R. D., & Camp, C. J. (2002). *Adult development and aging* (2<sup>nd</sup> ed.). São Paulo: McGraw-Hill.
- Parker, M., Bellis, J., Bishop, P., Harper, M., Allman, R., Moore, M., & Thompson, P. (2002). A multidisciplinary model of health promotion incorporating spirituality into a successful aging intervention with african american and white elderly groups. *The Gerontologist*, 42, 406-415.
- Pasupathi, M., & Löckenhoff, C. E. (2002). Ageist behavior. In T. D. Nelson (Ed.) *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 201-246). Cambridge: Massachusetts Institute of Technology.
- Pasupathi, M., Carstensen, L. L., & Tsai, J. L. (1995). Ageism in interpersonal settings. In B. Loo & D. Maluso (Eds.), *The social psychology of interpersonal discrimination* (pp. 160-182). New York: The Guilford Press.
- Pearlin, L., & Skaff, M. (1996). Stress and the life course: A paradigmatic alliance. *The Gerontologist*, 36, 239-247.

- Pedersen, N. L., & Harris, J. R. (1993). Developmental behavioral genetics and successful aging. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from behavioral sciences* (pp. 339-380). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Perdue, C. W., & Gurtman, M. B. (1990). Evidence for the automaticity of ageism. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 199-216.
- Pérez, J. A. (2004). Las representaciones sociales. In D. Páez, I. Fernández, S. Ubillos & E. Zubieta (Coords.), *Psicología social, cultura y educación* (pp. 413-442). Madrid: Pearson Educación.
- Phillipson, C. (1998). *Reconstructing old age*. London: Sage Publications.
- Plomin, R., Pedersen, N., Lichtenstein, P., & McClearn, G. (1994). Variability and stability in cognitive abilities are largely genetic later in life. *Behavior Genetics*, 24, 207-215.
- Ponzo, Z. (1992). Promoting successful aging: Problems, opportunities, and counseling guidelines. *Journal of Counselling & Development*, 71, 210-213.
- Pratt, M., & Norris, J. (1995). *The social psychology of aging*. Oxford: Blackwell.
- Prenda, K. M., & Lachman, M. E. (2001). Planning for the future: A life management strategy for increasing control and life satisfaction in adulthood. *Psychology and Aging*, 16 (2), 206-216.
- Prieto, O. (1999). Gerontología Y Geriatria. Breve resumen histórico. *Resumed*, 12 (2), 51-54.
- Quadagno, J., & Hardy, M. (1995). Work and retirement. In R. H. Binstock & L. K. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (pp. 326-345). San Diego: Academic Press.
- Ramos, M. (2005). *Crescer em stress: Usar o stress para envelhecer com sucesso*. Porto: Ambar Editora.
- Ramos, R. (2004). *Acontecimentos de vida na infância e percepção de stress na adultez*. Dissertação apresentada à Universidade do Minho com vista à obtenção do grau de Mestre em Sociologia da Saúde.
- Ribeiro, A. F. (2007). *Imagens da velhice em profissionais que trabalham com idosos: enfermeiros, médicos e técnicos de serviço social*. Dissertação apresentada à Secção Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro com vista à obtenção do grau de Mestre em Geriatria e Gerontologia.

- Riley, M. (1988). Foreward. In K. Schaie & R. Campbell (Eds.), *Methodological issues in aging research*. New York: Springer Pub.
- Roesler, C. (2006). A narratological methodology for identifying archetypal story patterns in autobiographical narratives. *Journal of Analytical Psychology*, 51 (4), 574-586.
- Roff, L., & Atherton, C. (1989). *Promoting successful aging*. Chicago: Nelson-Hall.
- Rohan, E. A., Berkman, B., Walker, S., & Holmes, W. (1994). The geriatric oncology patient: Ageism in social work practice. *Journal of Gerontological Social Work*, 23, 201-221.
- Roos, N., & Havens, B. (1991). Predictors of successful aging: A twelve-year study of Manitoba elderly. *American Journal of Public Health*, 81 (1), 63-68.
- Rosenberg, M. J., & Hovland, C. I. (1960). Cognitive, affective, and behavioral components of attitudes. In M. J. Rosenberg, C. I. Hovland, W. J. McGuire & R. P. Abelson (Eds.), *Attitude organization and change: An analysis of consistency among attitude components* (pp. 1-14). New Haven: Yale University Press.
- Rowe, J., & Kahn, L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143-149.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon Books, Dell Publishing.
- Rubinstein, R. L. (1990). Nature, culture, gender, age: A critical review. In R. L. Rubinstein (Ed.), *Anthropology and aging: Comprehensive reviews* (pp. 109-128). Boston: Kluwer Academic.
- Rudinger, G., & Thomae, H. (1990). The Bonn longitudinal study of aging. Coping, life adjustment, and life satisfaction. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 265-295). Cambridge, UK: Cambridge University.
- Ruffing-Rahal, M., & Wallace, J. (2000). Successful aging in a wellness group for older women. *Health Care for Women International*, 21, 267-275.
- Rupp, D. E., Vodanovich, S. J., & Credé, M. (2005). The multidimensional nature of ageism: Construct validity and group differences. *The Journal of Social Psychology*, 145 (3), 335-362.

- Ryan, E. B., Hummert, M. L., & Boich, L. (1995). Communication predicaments of aging: Patronizing behaviour toward older adults. *Journal of Language and Social Psychology*, 13, 144-166.
- Ryan, E. B., Jin, Y., Anas, A. P., & Luh, J. J. (2004). Communication beliefs about youth and old age in Asia and Canada. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 19, 342-360.
- Ryff, C. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.
- Ryff, C. (1989b). In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 4 (2), 195-210.
- Saj, T. L., Mather, C., & Sicotte, P. (2006). Traditional taboos in biological conservation: the case of *Colobus vellerosus* at the Boabeng-Fiema Monkey Sanctuary, Central Ghana. *Social Science Information*, 45 (2), 285-310.
- Salgado, C. S. (2000). *Gerontología Social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Salthouse, T. A. (1991). Mediation of adult age differences in cognition by reductions in working memory and speed of processing. *Psychological Science*, 2, 179-183.
- Sandin, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (1), 141-157.
- Santos, P. F. (2000). *A depressão no idoso: estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Schaie, K. (1970). A reinterpretation of age related changes in cognitive structure and functioning. In L. Goulet & P. Baltes (Eds.), *Life-span developmental psychology: Research and theory* (pp. 485-507). New York: Academic Press.
- Schaie, K. (2001). Theories of aging. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.), *International encyclopedia of the social and behavioral sciences* (p. 317-322). Oxford, UK: Pergamon, Elsevier Publisher's.
- Schaie, K. W., & Willis, S. L. (2001). *Adult development and aging* (5<sup>th</sup> ed.). New York: Harper Collins.

- Scheidt, R., Humpherys, D., & Yorgson, J. (1999). Successful aging: What's not to like? *The Journal of Applied Gerontology*, 18 (3), 277-282.
- Schmidt, D. F., & Boland, S. M. (1986). Structure of perceptions of older adults: Evidence for multiple stereotypes. *Psychology and Aging*, 1 (3), 255-260.
- Schonfield, D. (1982). Who is stereotyping whom and why? *The Gerontologist*, 22, 267-272.
- Schroots, J. & Birren, J. (1980). *A psychological point of view toward human aging and adaptability*. Presented in Proceedings of the 9<sup>th</sup> International Conference of Social Gerontology, Quebec, Canada.
- Schroots, J. J. (1996). Theories of aging: Psychological. In J. Birren (Ed.), *Encyclopedia of Gerontology: Age, aging, and the aged* (pp. 557-576) (Vol. 2). San Diego: Academic Press.
- Schroots, J. J. (2003). Ageism in science: Fair-play between generations. *Science and Engineering Ethics*, 9 (4), 445-451.
- Schroots, J., Fernández-Ballesteros R., & Rundinger, G. (1999). From EuGeron to EXCELSA (pp. 143-156). In J. Schroots, R. Fernández-Ballesteros & G. Rundinger (Eds.), *Aging in Europe*. Amsterdam: IOS Press.
- Schulz, R., & Heckhausen, J. (1996). A life-span model of successful aging. *American Psychologist*, 51, 702-714.
- Schulz, R., & Heckhausen, J. (1999). Aging, culture, and control: Setting a new research agenda. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54B, 139-145.
- Schwaiger, L. (2006). To be forever young? Towards reframing corporeal subjectivity in maturity. *International Journal of Aging and Later Life*, 1 (1), 11-41.
- Seeman, T., Berkman, L., Charpentier, P., Blazer, D., Albert, M., & Tinetti, M. (1995). Behavioral and psychosocial predictors of physical performance: MacArthur Studies of Successful Aging. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 50B, M177-M183.
- Simões, A. (1985). Estereótipos relacionados com os idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 19 (2), 207-234.
- Simões, A. (1990). Alguns mitos respeitantes aos idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 24, 109-121.

- Sneed, J. R., & Whitbourne, S. K. (2005). Models of the aging self. *Journal of Social Issues*, 61, 375-388.
- Sorzio, P. (1994). *Cultural representations and individual understandings: Comparing the historical and the inferential models of thinking*. In International Presented in Conference 'L. S. Vygotsky and the contemporary human sciences', Moscow, Russia.
- Sousa, L., & Cerqueira, M. (2004). Age images of ageing: An exploratory study on the portuguese population. *International Journal of Psychology*, 39 (5-6), 217-217.
- Sousa, L., & Cerqueira, M. (2005). As imagens da velhice em diferentes grupos etários: um estudo exploratório da população portuguesa. *Kairós*, 8 (2), 189-206.
- Sousa, L., & Cerqueira, M. (2006). Influência do género nas imagens da velhice: um estudo exploratório na população portuguesa. *Kairós*, 9 (2), 69-86.
- Sousa, L., Cerqueira, M., & Galante, H. (2004). Age variations in the perceptions of how to age successfully: An exploratory study in the portuguese population. *Reviews in Clinical Gerontology*, 14, 327-335.
- Sousa, L., Cerqueira, M., & Galante, H. (2008). How images of old age vary with age: an exploratory study among the Portuguese population. *Reviews of Clinical Gerontology*, 18 (1), 77-90.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família*. Porto: Ambar Editora.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37 (3), 364-371.
- Spears, R. (2002). Four degrees of stereotype formation: differentiation by any means necessary. In McGarty, C., Yzerbit, V. & Spears, R. (Eds), *Stereotypes as explanations: The formation of meaningful beliefs about social groups* (pp. 127-156). United Kingdom: Cambridge University Press.
- Sperber, D., & Hirschfeld, L. A. (2004). The cognitive foundations of cultural stability and diversity. *TRENDS in Cognitive Sciences*, 8 (1), 40-46.

- Stangor, C. (2000). Volume overview. In C. Stangor (Ed.), *Stereotypes and prejudice: Essential readings* (pp. 1-16). MI: Taylor & Francis Brothers.
- Stein, R., Blanchard-Fields, F., & Hertzog, C. (2002). The effects of age-stereotype priming on the memory performance of older adults. *Experimental Aging Research*, 28, 169-181.
- Stephens, N. (1991). Cognitive age: A useful concept for advertising? *Journal of Advertising*, 20 (4), 37-48.
- Steptoe, A., Sutcliffe, I., Allen, B., & Coombes, C. (1991). Satisfaction with communication, medical knowledge, and coping styles in patients with metastatic cancer. *Social Science and Medicine*, 32 (6), 627-632.
- Stewart, I., & Lacassagne, M. F. (2005). Social representations as a diagnostic tool for identifying cultural and other group differences. *Psychology & Marketing*, 22 (9), 721-738.
- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., & Cohen, R. D. (2002). Successful aging and well-being: Self-report compared with Rowe and Kahn. *Gerontologist*, 42, 727-733.
- Strawbridge, W., Cohen, R., Shema, S., & Kaplan, G. (1996). Successful aging: Predictors and associated activities. *American Journal of Epidemiology*, 144, 135-141.
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Ediciones Morata, S.L.
- Syme, L. (2003). Psychosocial interventions to improve successful aging. *Annals of Internal Medicine*, 139, 400-402.
- Tadd, W. (2000). Aging and ageism in the 21st century. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10, 203-205.
- Tate, R., Lah, L., & Cuddy, T. (2003). Definition of successful aging by elderly canadian males: The Monitoba follow-up study. *The Gerontologist*, 43, 735-744.
- Taylor, S. P. (2001). Place identification and positive realities of aging. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 16, 5-20.
- Teixeira, M. C. (2002). Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na rede básica de saúde. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 7 (1), 125-142.



- Thomas, L., & Chambers, K. (1989). Successful aging among elderly men in England and India: A phenomenological comparison. In L. Thomas (Ed.), *Research on adulthood and aging: The human sciences approach* (pp. 183-203). New York: State University of New York Press.
- Thornton, J. E. (2002). Myths of aging or ageist stereotypes. *Educational Gerontology*, 28, 301-312.
- Tornstam, L. (1989). Gero-Transcende: A meta-theoretical a reformulation of the disengagement theory. *Aging: Clinical and Experimental Research*, 1 (1), 55-63.
- Traxler, A. J. (1980). *Let's get gerontologized - Developing sensitivity to aging. The multi-purpose senior center concept: A training manual for practioners working with aging*. Springfield: Illinois Department of Aging.
- Tshuchiya, A. (1999). Age-related preferences and age weighting health benefits. *Social Science & Medicine*, 48, 267-276.
- Tuckman, J., & Lorge, I. (1958). The projection of personal symptoms into stereotypes about aging. *Journal of Gerontology*, 13, 70-73.
- Ubillos, S., Mayordomo, S., & Páez, D. (2004). In D. Páez, I. Fernández, S. Ubillos & E. Zubietta (Coords.), *Psicología social, cultura y educación* (pp. 301-326). Madrid: Pearson Educación.
- Uhlenberg, P. (2000). Introduction: why study age integration. *The Gerontologist*, 40 (3), 261-266.
- Underhill, L., & Cadwell, F. (1983). What age do you feel? Age perception study. *Journal of Consumer Marketing*, 1, 19-21.
- Uotinen, V., Rantanen, T., Suutama, T., & Ruoppila, I. (2006). Change in subjective age among older people over an eighth-year follow-up: 'Getting older and feeling younger'? *Experimental Aging Research*, 32, 381-393.
- Vala, J. (1996). Representações sociais: para uma psicologia social do pensamento social. In J. Vala & M. B. Monteiro (Eds.), *Psicologia social* (pp. 353-384). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Veloso, E. (2004). *Políticas e contextos educativos para os idosos: um estudo sociológico numa Universidade da Terceira Idade em Portugal*. Tese

apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho com vista à obtenção do grau de Doutor em Educação.

- Verwoerd, A., Pfeiffer, E., & Wang, H. S. (1969). Sexual behaviour in senescence: Patterns of change in sexual activity and interest. *Geriatrics*, 24, 137-154.
- Viegas, S., & Gomes, C. (2007). *A identidade na velhice*. Porto: Ambar Editora.
- Vincent J. (2006). Ageing contested: Anti-ageing science and the cultural construction of old age. *Sociology*, 40 (4), 681-698.
- von Faber, M., Bootsma-van, A., van Excel, E., Gussekloo, J., Lagaay, A. M., van Dongen, E., Knook, D. L., van der Geest, S., & Westendorp, R. G. (2001). Successful aging in the oldest old: Who can be characterized as successfully aged? *Archives of Internal Medicine*, 161 (22), 2694-2700.
- Wagner, W. (1994). Introduction: Aspects of social representation theory. *Social Science Information*, 33 (2), 155-161.
- Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International Social Security Review*, 55, 121-139.
- Westerhof, G., & Barrett, A. (2005). Age identity and subjective well-being: A comparison of the United States and Germany. *Journal of Gerontology, Social Sciences*, 60B, S129-S136.
- Wilcox, S. (1997). Age and gender in relation to body attitudes: Is there a double standard of aging? *Psychology of Women Quarterly*, 21, 549-565.
- Wilkinson, J. A., & Ferraro, K. F. (2002). Thirty years of ageism research. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 339-358). Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press.
- Willcox, D., Willcox, B., Sokolovsky, J., & Sakihara, S. (2007). The cultural context of 'Successful aging' among older women weavers in a northern Okinawan village: The role of productivity activity. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 22, 137-165.
- Williams, A., Ota, H., Giles, H., Pierson, H. D., Gallois, C., Ng, S. H., Lim, T. S., Ryan, E. B., Somera, L., Maher, J., Cai, D., & Harwood, J. (1997). Young people's beliefs about intergenerational communication: An initial cross-cultural analysis. *Communication Research*, 24, 370-393.

- Withbourne, S. K., & Sneed, J. R. (2002). Paradox of well-being, identity processes, stereotype. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 247-273). Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press.
- Wong, P., & Watt, L. (1991). What types of reminiscence are associated with successful aging? *Psychology and Aging*, 6, 272-279.
- Wood, S. (2007). Potentially stressful life events and emotional closeness between grandparents and adult grandchildren. *Journal of Family Issues*, 28 (3), 380-398.
- Zacharewicz, F. (2003). Velhice: uma breve recuperação histórica. *Kairós*, 6 (2), 81-93.
- Zanna, M. P., & Rempel, J. K. (1988). Attitudes: A new look at an old concept. In D. Bar-Tal & A.W. Kruglanski (Eds.), *The social psychology of knowledge* (pp. 315-334). Cambridge: Cambridge University Press.
- Zavaleta, E. (1999). The emergence of waterfowl conservation among Yup'ik hunters in the Yukon-Kuskokwim Delta, Alaska. *Human Ecology*, 27, 231-266.
- Zepelin, H., Sills, R. A., & Heath, M. W. (1986). Is age becoming irrelevant? An exploratory study of perceived age norms. *International Journal of Aging and Human Development*, 24 (4), 241-256.





## **Anexo 1**





UNIVERSIDADE DE AVEIRO

Secção Autónoma de Ciências da Saúde

A Universidade de Aveiro promove um projecto de investigação subordinado ao tema “A velhice ao longo do ciclo de vida: preparar a velhice, imagens da velhice e envelhecimento bem sucedido”. Neste âmbito estamos a recolher um conjunto de informações junto de pessoas de várias idades. Pedimo-lhe, pois, que complete as seguintes afirmações. Salientamos que o importante é conhecer a sua opinião, seja ela qual for!

Muito obrigado pela colaboração!

**Identificação:**

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

**1. Ser velho é ...**

---

---

---

---

---

---

**2. A velhice é ...**

---

---

---

---

---

---



**3. Uma pessoa velha é ...**

---

---

---

---

---

**4. Sabemos que alguém está velho quando ...**

---

---

---

---

---

**5. Associe três palavras a velhice**

---

---

---

**Já terminou!**  
**Muito obrigada!**

## **Anexo 2**





UNIVERSIDADE DE AVEIRO

Secção Autónoma de Ciências da Saúde

---

A Universidade de Aveiro promove um projecto de investigação subordinado ao tema “A velhice ao longo do ciclo de vida: preparar a velhice, imagens da velhice e envelhecimento bem sucedido”. Neste âmbito estamos a recolher um conjunto de informações junto de pessoas de várias idades. Pedimo-lhe, pois, que complete as seguintes afirmações. Salientamos que o importante é conhecer a sua opinião, seja ela qual for!

Muito obrigado pela colaboração!

**Identificação:**

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

**1. Para preparar a velhice devemos ...**

---

---

---

---

**2. Para preparar a minha velhice eu devia ...**

---

---

---

---

**3. Uma boa velhice é ...**

---

---

---

---

**4. Para preparar a minha velhice aos 15 anos devia ...**

---

---

---

---

**5. Para preparar a minha velhice aos 25 anos devia ...**

---

---

---

---

**6. Para preparar a minha velhice aos 35 anos devia ...**

---

---

---

---

**7. Para preparar a minha velhice aos 45 anos devia ...**

---

---

---

---

**8. Para preparar a minha velhice aos 55 anos devia ...**

---

---

---

---

**Já terminou!**  
**Muito obrigada!**

### **Anexo 3**





UNIVERSIDADE DE AVEIRO

Secção Autónoma Ciências da Saúde

---

O envelhecimento da população é um fenómeno recente na história da Humanidade. Nunca antes se viveu tantos anos: é a primeira vez na história que os idosos constituem um grupo numeroso na população. Daí que seja importante estudar as características do envelhecimento.

Este trabalho tem dois objectivos: conhecer o que as pessoas pensam do envelhecimento e o que pensam que pode determinar um *envelhecimento bem sucedido*, o que se deve fazer para o *promover*. Para tal, pedimos-lhe que responda às seguintes questões, tendo em atenção que **não há respostas certas nem erradas**. O que verdadeiramente interessa é **a sua opinião pessoal**.

**Este questionário é confidencial. No entanto, indique-nos, por favor:**

**Idade:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

**Profissão:** \_\_\_\_\_ **Escolaridade:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:** \_\_\_\_\_ **Tem filhos?** \_\_\_\_\_

**Freguesia onde reside:** \_\_\_\_\_

**Alguma vez trabalhou (ou trabalha) com idosos?** Sim ☐ Não ☐

**Obrigada pela colaboração!**



Por favor, responda às questões utilizando a grelha seguinte. Coloque um (X) no número que corresponde à sua opinião pessoal. Obrigada.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

		1	2	3	4	5
1	Uma pessoa velha não cuida do seu aspecto físico					
2	A velhice pode ser boa ou má, dependendo dos que nos rodeiam (amigos, família)					
3	Uma pessoa velha é triste e amargurada					
4	A velhice é uma fase da vida especialmente difícil (aproximação da morte, doenças, solidão, ...)					
5	Uma pessoa velha tem menos responsabilidades e obrigações					
6	Uma pessoa velha vive das suas recordações (repete sempre as histórias do passado)					
7	Uma pessoa velha sente muitas dores físicas					
8	Uma pessoa velha geralmente é pobre					
9	Uma pessoa velha tem um discurso incoerente					
10	Uma pessoa velha não admite os seus erros					
11	Uma pessoa velha sente menos as emoções (alegria, tristeza, ansiedade, amor, ...)					
12	Uma pessoa velha é doente (tem pouca saúde física e psicológica )					
13	A velhice é uma segunda infância					
14	Uma pessoa velha não reconhece que precisa de ajuda					
15	Uma pessoa velha é egoísta					
16	Uma pessoa velha tem pouca criatividade					
17	As pessoas velhas são todas iguais					
18	Uma pessoa velha não domina as novas tecnologias					
19	A velhice é a fase da deterioração das capacidades físicas					
20	Uma pessoa velha tem conhecimentos que já não interessam aos outros					
21	Uma pessoa velha precisa de muito descanso					
22	Uma pessoa velha precisa que tenham paciência com ela					
23	Uma pessoa velha já deu o seu contributo (bom ou mau) ao mundo					
24	Uma pessoa velha sente-se bonita					
25	Uma pessoa velha é inútil, parada e preguiçosa					
26	Uma pessoa velha tem vontade de viver					
27	A velhice é uma fase da vida especialmente boa (mais maturidade, tempo para desfrutar a alegria e a felicidade)					
28	Uma pessoa velha é uma pessoa amorosa e carinhosa					
29	Uma pessoa velha continua a ter uma vida normal					
30	Uma pessoa velha é dependente e por isso precisa da ajuda dos outros					
31	Uma pessoa velha é aborrecida, rabugenta, teimosa					
32	Uma pessoa velha é activa e esforça-se por assim continuar					

#### **Anexo 4**





UNIVERSIDADE DE AVEIRO

Secção Autónoma Ciências da Saúde

---

O envelhecimento da população é um fenómeno recente na história da Humanidade. Nunca antes se viveu tantos anos: é a primeira vez na história que os idosos constituem um grupo numeroso na população. Daí que seja importante estudar as características do envelhecimento.

Este trabalho tem dois objectivos: conhecer o que as pessoas pensam do envelhecimento e o que pensam que pode determinar um *envelhecimento bem sucedido*, o que se deve fazer para o *promover*. Para tal, pedimos-lhe que responda às seguintes questões, tendo em atenção que **não há respostas certas nem erradas**. O que verdadeiramente interessa é **a sua opinião pessoal**.

**Este questionário é confidencial. No entanto, indique-nos, por favor:**

**Idade:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

**Profissão:** \_\_\_\_\_ **Escolaridade:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:** \_\_\_\_\_ **Tem filhos?** \_\_\_\_\_

**Freguesia onde reside:** \_\_\_\_\_

**Alguma vez trabalhou (ou trabalha) com idosos?** Sim ☐ Não ☐

**Obrigada pela colaboração!**

Responda às questões utilizando a grelha seguinte. Coloque um (X) no número que corresponde à sua opinião pessoal.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

	Para alcançarmos e vivermos uma velhice com qualidade e bem-estar ( <i>envelhecimento bem sucedido</i> ) devemos, ao longo da vida:	1	2	3	4	5
1	Ter cuidado com o corpo (protegê-lo de agressões, ...)					
2	Andar sempre bem arranjado(a)					
3	Beber muita água					
4	Não fazer “disparates” que possam provocar ou vir a agravar problemas de saúde (dormir pouco, má alimentação, ingestão de álcool, fumar, ...)					
5	Ter uma religião que lhe dê força e serenidade					
6	Fazer uma alimentação correcta					
7	Criar um bom ambiente familiar					
8	Ter tempo e disponibilidade para o amor					
9	Tirar um curso (estudar)					
10	Não se deixar abater pelas doenças					
11	Conhecer pessoas novas					
12	Conhecer lugares novos					
13	Ler bastante					
14	Ter projectos de vida					
15	Descansar o tempo que for necessário para o organismo restaurar energias					
16	Não se isolar do resto das pessoas					
17	Ter actividades extra-profissionais ( <i>hobbies</i> )					
18	Encarar a velhice com realismo					
19	Procurar ter um bom emprego					
20	Viver o melhor possível todos os dias e momentos da vida					
21	Casar					
22	Ter filhos					
23	Cultivar e conservar as amizades					
24	Cuidar da saúde (física e mental)					
25	Manter actividades físicas					
26	Aceitar a idade com naturalidade					

**Por favor, verifique se respondeu a tudo.**

**Muito obrigada pela sua colaboração**

## **Anexo 5**



Neste anexo podem ver-se os três diferentes grupos de imagens manifestadas pelos inquiridos, por variáveis sociodemográficas: idade, género, escolaridade, situação profissional, estado civil, existência ou não de filhos, trabalho ou não com idosos e freguesia de residência.

Utilizam-se as seguintes siglas para designar os clusters que emergiram: IMA (relativo às imagens do envelhecimento e da velhice), IPV (relativo às imagens da preparação de um envelhecimento bem sucedido) e EVP (relativo às imagens do envelhecimento e da velhice e sua preparação).

#### 1. Os três diferentes grupos de imagens versus grupos etários

Imagens	Grupos etários			
	13-27 anos	33-47 anos	53-67 anos	73-87 anos
<b>ENVELHECIMENTO, VELHICE E SUA PREPARAÇÃO</b>				
C1 EVP - Incompetência, dependência e pró-actividade com vista ao futuro	-	-	(X)	(X)
C2 EVP - Muita competência, independência, maturidade e preparação importante	(X)	-	(X)	-
C3 EVP - Competência, dependência e preparação pouco importante	(X)	(X)	-	-
<b>Envelhecimento e velhice (escala ImAge)</b>				
C1 IMA - Forte incompetência e dependência e maturidade	-	-	-	(X)
C2 IMA - Competência, independência e maturidade	(X)	(X)	-	-
C3 IMA - Incompetência e dependência e maturidade	(X)	-	(X)	-
<b>Preparação de um envelhecimento bem sucedido (escala ImPreVe)</b>				
C1 IPV - Despreocupação	-	(X)	-	-
C2 IPV - Viver o quotidiano	-	(X)	-	-
C3 IPV - Envolvimento global com a vida	-	-	(X)	(X)



## 2. Os três diferentes grupos de imagens versus género

Imagens	Género	
	Feminino	Masculino
<b>ENVELHECIMENTO, VELHICE E SUA PREPARAÇÃO</b>		
C1 EVP - Incompetência, dependência e pró-atividade com vista ao futuro	(X)	-
C2 EVP - Muita competência, independência, maturidade e preparação importante	-	(X)
C3 EVP - Competência, dependência e preparação pouco importante	-	(X)
<b>Envelhecimento e velhice (escala ImAge)</b>		
C1 IMA - Forte incompetência e dependência e maturidade	(X)	-
C2 IMA - Competência, independência e maturidade	-	(X)
C3 IMA - Incompetência e dependência e maturidade	-	(X)
<b>Preparação de um envelhecimento bem sucedido (escala ImPreVe)</b>		
C1 IPV - Despreocupação	-	(X)
C2 IPV - Viver o quotidiano	(X)	-
C3 IPV - Envolvimento global com a vida	(X)	-

## 3. Os três diferentes grupos de imagens versus escolaridade

Imagens	Escolaridade			
	Analf./1º CEB	2º,3º CEB	Ens. sec.	Ens. sup.
<b>ENVELHECIMENTO, VELHICE E SUA PREPARAÇÃO</b>				
C1 EVP - Incompetência, dependência e pró-atividade com vista ao futuro	(X)	-	-	-
C2 EVP - Muita competência, independência, maturidade e preparação importante	-	(X)	(X)	-
C3 EVP - Competência, dependência e preparação pouco importante	-	(X)	(X)	(X)
<b>Envelhecimento e velhice (escala ImAge)</b>				
C1 IMA - Forte incompetência e dependência e maturidade	(X)	-	-	-
C2 IMA - Competência, independência e maturidade	-	(X)	(X)	(X)
C3 IMA - Incompetência e dependência e maturidade	-	(X)	-	-
<b>Preparação de um envelhecimento bem sucedido (escala ImPreVe)</b>				
C1 IPV - Despreocupação	-	-	-	-
C2 IPV - Viver o quotidiano	-	-	-	(X)
C3 IPV - Envolvimento global com a vida	(X)	-	(X)	-

#### 4. Os três diferentes grupos de imagens versus situação profissional

Imagens	Situação profissional				
	Desemp.	Domést.	Empreg.	Estud.	Reform.
<b>ENVELHECIMENTO, VELHICE E SUA PREPARAÇÃO</b>					
C1 EVP - Incompetência, dependência e pró-atividade com vista ao futuro	-	(X)	-	-	(X)
C2 EVP - Muita competência, independência, maturidade e preparação importante	-	-	-	(X)	-
C3 EVP - Competência, dependência e preparação pouco importante	-	-	(X)	-	-
<b>Envelhecimento e velhice (escala ImAge)</b>					
C1 IMA - Forte incompetência e dependência e maturidade	-	(X)	-	-	(X)
C2 IMA - Competência, independência e maturidade	-	-	(X)	(X)	-
C3 IMA - Incompetência e dependência e maturidade	-	-	-	(X)	-
<b>Preparação de um envelhecimento bem sucedido (escala ImPreVe)</b>					
C1 IPV - Despreocupação	-	-	(X)	-	-
C2 IPV - Viver o quotidiano	-	-	(X)	-	(X)
C3 IPV - Envolvimento global com a vida	-	(X)	-	(X)	(X)

#### 5. Os três diferentes grupos de imagens versus estado civil

Imagens	Estado civil			
	Casado	Divorciado	Solteiro	Viúvo
<b>ENVELHECIMENTO, VELHICE E SUA PREPARAÇÃO</b>				
C1 EVP - Incompetência, dependência e pró-atividade com vista ao futuro	-	-	-	(X)
C2 EVP - Muita competência, independência, maturidade e preparação importante	(X)	-	(X)	-
C3 EVP - Competência, dependência e preparação pouco importante	(X)	-	(X)	-
<b>Envelhecimento e velhice (escala ImAge)</b>				
C1 IMA - Forte incompetência e dependência e maturidade	-	-	-	(X)
C2 IMA - Competência, independência e maturidade	-	-	(X)	-
C3 IMA - Incompetência e dependência e maturidade	(X)	-	-	-
<b>Preparação de um envelhecimento bem sucedido (escala ImPreVe)</b>				
C1 IPV - Despreocupação	-	-	-	-
C2 IPV - Viver o quotidiano	-	-	-	-
C3 IPV - Envolvimento global com a vida	-	-	-	(X)

#### 6. Os três diferentes grupos de imagens versus existência ou não de filhos

Imagens	Filhos	
	Não	Sim
<b>ENVELHECIMENTO, VELHICE E SUA PREPARAÇÃO</b>		
C1 EVP - Incompetência, dependência e pró-atividade com vista ao futuro	-	(X)
C2 EVP - Muita competência, independência, maturidade e preparação importante	(X)	-
C3 EVP - Competência, dependência e preparação pouco importante	(X)	-
<b>Envelhecimento e velhice (escala ImAge)</b>		
C1 IMA - Forte incompetência e dependência e maturidade	-	(X)
C2 IMA - Competência, independência e maturidade	(X)	-
C3 IMA - Incompetência e dependência e maturidade	-	-
<b>Preparação de um envelhecimento bem sucedido (escala ImPreVe)</b>		
C1 IPV - Despreocupação	(X)	-
C2 IPV - Viver o cotidiano	-	-
C3 IPV - Envolvimento global com a vida	-	(X)

#### 7. Os três diferentes grupos de imagens versus trabalho ou não com pessoas idosas

Imagens	Trabalho com pessoas idosas	
	Não	Sim
<b>ENVELHECIMENTO, VELHICE E SUA PREPARAÇÃO</b>		
C1 EVP - Incompetência, dependência e pró-atividade com vista ao futuro	-	-
C2 EVP - Muita competência, independência, maturidade e preparação importante	-	(X)
C3 EVP - Competência, dependência e preparação pouco importante	-	-
<b>Envelhecimento e velhice (escala ImAge)</b>		
C1 IMA - Forte incompetência e dependência e maturidade	-	(X)
C2 IMA - Competência, independência e maturidade	(X)	-
C3 IMA - Incompetência e dependência e maturidade	-	-
<b>Preparação de um envelhecimento bem sucedido (escala ImPreVe)</b>		
C1 IPV - Despreocupação	(X)	-
C2 IPV - Viver o cotidiano	-	-
C3 IPV - Envolvimento global com a vida	-	(X)

**8. Os três diferentes grupos de imagens versus freguesia de residência**

Imagens	Freguesia de residência	
	Rural	Urbana
<b>ENVELHECIMENTO, VELHICE E SUA PREPARAÇÃO</b>		
C1 EVP - Incompetência, dependência e pró-atividade com vista ao futuro	-	-
C2 EVP - Muita competência, independência, maturidade e preparação importante	-	(X)
C3 EVP - Competência, dependência e preparação pouco importante	(X)	-
<b>Envelhecimento e velhice (escala ImAge)</b>		
C1 IMA - Forte incompetência e dependência e maturidade	(X)	-
C2 IMA - Competência, independência e maturidade	-	(X)
C3 IMA - Incompetência e dependência e maturidade	-	-
<b>Preparação de um envelhecimento bem sucedido (escala ImPreVe)</b>		
C1 IPV - Despreocupação	(X)	-
C2 IPV - Viver o quotidiano	-	-
C3 IPV - Envolvimento global com a vida	-	(X)